WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK MARZEC—KWIECIEŃ

ROK V 1933 NUMER 2

Prof. dr. S. ISAAC (Frankfurt nad Menem).

KLINICZNE ZABURZENIA CZYNNOŚCI WĄTROBY i ICH ROZPOZNAWANIE.

(Referat z Ergebnisse der inn. Medizin und Kinderheilkunde, tom 27).

Zaburzenia prawidłowej czynności wątroby mogą polegać na zaburzeniach w wytwarzaniu i w wydzielaniu składowych części żółci.

A. ZABURZENIA W WYDZIELANIU SKŁADNIKÓW ŻÓŁCI.

W patologji ludzkiej zaburzenia w wytwarzaniu żółci mają mniejsze znaczenie niż zmiany w wydzielaniu. Wytwarzanie żółci odbywa się w wątrobie, przyczem nie ustalono jeszcze ostatecznie, czy śródbłonki lub też układ śródbłonkowo-siateczkowy przedstawia wyłączne miejsce wytwarzania i czy komórki nie stanowią jedynie miejsca wydzielania. Przy powstawaniu przeszkody w przepływie przez drogi żółciowe dochodzi do zastoju żółci, który doprowadza do przenikania barwników żółciowych do krwi. Przekonywującym dowodem tego zjawiska jest żółte zabarwienie skóry i błon śluzowych oraz powstawanie żółtej piany przy wstrząsaniu brunatno zabarwionego moczu.

1. BILIRUBINEMJA.

W surowicy człowieka zdrowego stężenie bilirubiny wynosi około 1 : 200.000, co odpowiada 1 jednostce bilirubiny. *Hijmans v. d. Bergh* stwierdził, że przeciętnie stwierdza się w surowicy tylko 0,3 do 0,5 jednostki bilirubiny. W przypadkach rodzinnej cholemji (*Gilbert*), następnie w przypadkach fizjologiczno-konstytucjonalnej hiperbilirubinemji (*Hijmans v. d. Bergh*) oraz u niektórych ras i rodzin z żółtą skórą znajduje się prawie zawsze większą zawartość bilirubiny we krwi, dochodzącą do 2½ jednostek. Ta fizjologiczna bilirubinemja zależy, prawdopodobnie, od nieszczelności komórek wątrobowych. Po 24-go-

dzinnem głodzeniu można już stwierdzić we krwi zwiększenie się poziomu bilirubiny o 20—300%, jako pierwszy objaw głodowego uszkodzenia czynności wątroby. Wydaje się, że również i wchłanianie zwrotne bilirubiny kiszkowej do krwi odgrywa pewną rolę przy powstawaniu fizjologicznej bilirubinemji. Stałe podniesienie się zawartości bilirubiny we krwi, dochodzące do 4 jednostek, należy uważać za zjawisko chorobowe, występujące w szeregu chorób wątroby. Barwniki żółciowe niekoniecznie muszą już przechodzić do moczu; może również nie być i widocznej żółtaczki (żółtaczka utajona). Taką utajoną żółtaczkę stwierdza się przy wątrobie zastoinowej i marskości wątroby, przy guzach wątroby, kamicy żółciowej, ropniu podprzeponowym, chorobach krwi i chorobach zakaźnych (dur brzuszny, płonica, błonica, zapalenie płuc, tężec, gruźlica, posocznica). Również i w kile stwierdza się w 10% przypadków bilirubinemję. W kamicy żółciowej zawartość bilirubiny w surowicy waha się od 1 do 3 jednostek; w przypadkach kolki niepewnego pochodzenia określanie bilirubinemji może mieć znaczenie rozpoznawcze. W przerwach między napadami stwierdza się w 70% przypadków wartości prawidłowe. Wstrzykiwania Salvarsanu zwiększają jakoby bilirubinemję, rtęć zaś pozostaje na nią bez wpływu. Podczas ciąży dochodzi w 30—50% do zwiększenia się zawartości bilirubiny w surowicy. Również i u noworodków poziom bilirubiny we krwi jest stosunkowo wysoki i znajduje się prawie na granicy już widocznej żółtaczki.

W przypadkach żółtaczki hemolitycznej i niedokrwistości złośliwej żółtaczka jest bardzo wyraźna, w przeciwstawieniu do żółtaczkowego zabarwienia przy niedokrwistościach aplastycznych i wtórnych. Również i przy policythemji oraz w poszczególnych przypadkach białaczki stwierdza się zwiększenie zawartości bilirubiny. Jeżeli zawartość bilirubiny dochodzi do 4 jednostek, mówimy o żółtaczce jawnej, bilirubina ukazuje się wówczas również i w moczu; przenikanie zaś bilirubiny do skóry zależy do pewnego stopnia również i od przepuszczalności śródbłonków naczyniowych. W jawnej żółtaczce poziom bilirubiny może dojść do 50 jednostek. Surowice zawierające bilirubinę wykazują niejednakowy odczyn dwuazowy: w żółtaczce nieżytowej i niedrożności przewodu żółciowego odczyn jest dodatni bez dodatku alkoholu, zaś w niedokrwistości złośliwej lub żółtaczce hemolitycznej występuje dopiero po dodaniu alkoholu. *Adler i Strauss* wykazali, że ta różnica w zachowaniu się bilirubiny w stosunku do odczynu dwuazowego polega na niejednakowym składzie koloidów surowicy.

2. UROBILINA.

Urobilina powstaje w kiszkach z bilirubiny drogą redukcji wywołanej przez drobnoustroje jelitowe. Największa część urobiliny wydziela się z kałem. Część wytworzonego barwnika ulega jednak wchłonięciu, zatrzymuje się w wątrobie, przenika następnie częściowo do dużego krwiobiegu i wydziela

się wreszcie z moczem. W ciągu 24 godzin wytwarza się w ustroju około 0,3 — 0,4 bilirubiny; 0,15 — 0,2 g wydziela się w kale jako urobilina, pozostała część wchłania się z powrotem do krwi. Pogląd, że część urobiliny ulega w wątrobie znowu przemianie na bilirubinę, nie jest jeszcze dowiedziony z całą pewnością. Istnieje również zdanie, że urobilina podlega w wątrobie jeszcze dalszemu rozkładowi i służy następnie do budowy barwnika krwi. Są to wszystko narazie tylko mniej lub więcej prawdopodobne przypuszczenia. Narazie z pewnością wiemy tylko to, że część zatrzymanej w wątrobie urobiliny może jako taka zostać wydzielona do żółci.

Urobilinę znajdywano we krwi nietylko przy chorobach wątroby, lecz również w przypadkach zatorów płucnych, zapaleń płuc, zapaleń wyrostka robaczkowego, wad serca itd. Mocz człowieka zdrowego zawiera przeciętnie około 20 — 25 mg na dobę. Mocz wieczorny zawiera zwykle więcej urobiliny niż poranny. W stanie głodu wydzielanie urobiliny zwiększa się. Możliwem jest również i pokarmowe wydzielanie urobiliny, zwłaszcza wówczas, gdy przemiana materji jest jednostronnie obciążona nadmiernem podawaniem białka. Również i lordoza może być przyczyną występowania urobiliny w moczu.

Patologiczne wydzielanie urobiliny stwierdza się przy rozlanych chorobach wątroby, jak np. marskości wątroby, w zapaleniach wątroby pochodzenia kiłowego lub wogóle zakaźnego, ostrym żółtym zaniku wątroby, następnie przy niedrożności przewodów żółciowych. Ilość wydzielonej w ciągu doby urobiliny może dojść nawet do 500, 1000 mg. Przy raku wątroby, raku pęcherzyka żółciowego i kolce żółciowej stwierdza się przeciętnie w moczu dobowym od 100 do 300 mg. W żółtaczce hemolitycznej bilirubinurja wynosi 300 — 400 mg, w niedokrwistości złośliwej zwiększanie jest niewielkie i wynosi 30 — 50 mg, w ostrej białaczce 200 mg (w przewlekłej znajduje się liczby prawidłowe), w chorobach zakaźnych (zapalenie płuc, posocznica, dur, płonica) 300 — 400 mg, w gruźlicy zależnie od ciężkości przypadku, do 500 mg.

W cukrzycy urobilina występuje tylko w ciężkich przypadkach. Również i podczas ciąży, zwłaszcza w drugiej połowie, wydzielanie urobiliny jest nieco większe niż w warunkach normalnych.

Pomiędzy wydzielaniem urobiliny w moczu i w kale niema żadnej równoległości. Może się zdarzyć, że pomimo znacznej urobilinurji nie stwierdzamy w surowicy krwi urobiliny. Jeżeli słusznym jest pogląd, że urobilina zostaje zatrzymana w wątrobie, to urobilinurję należy uważać za oznakę niedomogi wątroby.

3. CHOLALURJA I CHOLALEMJA.

We wszystkich chorobach przebiegających z żółtaczką znajdujemy kwasy żółciowe w krwi lub w moczu. W żółtaczce hemolitycznej obecności kwasów żółciowych w moczu nie stwierdzamy. Natomiast w chorobach wątroby, nawet z utajoną żółtaczką, jak guzach wątroby, kamicy żółciowej, marskości wątro-

by, wątrobie zastoinowej i w chorobach zakaźnych kwasy żółciowe mogą występować w moczu w sposób wyraźny.

Kwasy żółciowe we krwi występują tylko przy ciężkiej żółtaczce.

4. HIPERCHOLESTERYNEMJA.

Wątroba jest narządem wydzielniczym dla cholesteryny, która przechodzi do żółci. Z tego powodu w przypadkach zastoju żółci w wątrobie stwierdza się znaczne zwiększanie się zawartości cholesteryny we krwi, która przekracza trzykrotnie lub czterokrotnie poziom normalny. Przy żółtaczce hemolitycznej hipercholesterynemja nie występuje. W warunkach prawidłowych ⅔ cholesteryny znajdującej się we krwi występuje w postaci estrów, natomiast w żółtaczce zastoinowej lub nieżytowej większa część cholesteryny pozostaje niezwiązana. W żółtaczce hemolitycznej stosunek między cholesteryną wolną i związaną jest prawidłowy. Między zawartością bilirubiny i cholesteryny w surowicy niema przy żółtaczce żadnej równoległości.

5. ZACHOWANIE SIĘ SOKU DWUNASTNICOWEGO U CHORYCH NA WĄTROBĘ.

a) *Ilość żółci.*

Badanie treści dwunastnicy, zastosowane dla czynnościowego rozpoznawania stanu wątroby, obejmuje określanie ilości żółci, zawartości barwników żółciowych (bilirubiny i urobiliny), kwasów żółciowych, cholesteryny, białka i ew. innych składników morfologicznych. Ilość żółci, wytwarzanej w ciągu 24 godzin, wynosi 250—500—1000 cm^3. Uważa się obecnie, że natężenie wydzielania jest stale jednakowe; istnieją jednak, prawdopodobnie, bodźce, które przyspieszają lub hamują wydzielanie żółci.

b) *Zawartość bilirubiny.*

Zawartość bilirubiny w żółci wynosi około 40—60 jednostek = 20—30 mg% bilirubiny. Zawartość barwnika soku dwunastnicowego wynosi około 3 — 9 jednostek = 5 mg%.

Zupełny brak barwników żółciowych w treści dwunastnicy stwierdza się w żółtaczce mechanicznej i raku uciskającym przewód żółciowy. W żółtaczce nieżytowej pomimo braku barwnika w kale stwierdza się nierzadko jego obecność w dwunastnicy. Zmniejszenie zawartości barwnika ma miejsce przy częściowym zastoju żółci, w żółtaczce nieżytowej, w guzach wątroby, kamicy żółciowej, żółtaczce kiłowej, marskości wątroby. Dużą zawartość bilirubiny stwierdza się w niedokrwistości złośliwej, zwłaszcza w żółtaczce hemolitycznej, następnie w czerwienicy (Polycythaemia). Zwiększenie zawartości bilirubiny w żółtaczce hemolitycznej występuje niestale.

c) *Urobilina.*

Poglądy na występowanie urobiliny i urobilinogenu w soku dwunastnicowym nie są jeszcze jednolite. Zawartość urobiliny określa się przeważnie w granicach 4 — 5 mg%.

d) *Kwasy żółciowe.*

Stosunek wzajemny obu kwasów żółciowych, glikocholowego i taurocholowego, waha się w obszernych granicach. W ciężkich chorobach wątroby stwierdza się zmniejszenie zawartości kwasów żółciowych (w żółtaczce nieżytowej, marskości zanikowej, żółtym zaniku wątroby, w żółtaczce na tle kamicy). Również i w żółtaczce noworodków znajdujemy zmniejszoną zawartość kwasów żółciowych. Zawartość cholesteryny w soku dwunastnicowym bywa nadzwyczaj zmienna i waha się od 0,07 do 0,160 mg%. W żółtaczce hemolitycznej stwierdza się zwiększenie się zawartości cholesteryny, zależnie od wzmożonego rozpadu erytrocytów.

e) *Albuminocholja.*

W soku dwunastnicowym stwierdza się obecność białka, a mianowicie mucyny. Ilość mucyny wynosi około 1,5 — 3 kresek w rureczce *Nissla.* W warunkach chorobowych występują w żółci względnie w soku dwunastnicowym również i strącalne ciała białkowe. W żółtaczce nieżytowej stwierdza się obecność ciał białkowych jeszcze w jakiś czas po ustąpieniu żółtego zabarwienia. W żółtaczce kiłowej, względnie żółtaczce po Salvarsanie stwierdza się często znaczną albuminocholję. Zawartość białka w żółci w przypadkach kamicy żółciowej i zapalenia pęcherzyka żółciowego bywa zmienna, czasami znaczna, czasami niewielka. W zapaleniu dróg żółciowych (Cholangitis) żółć zawiera zawsze dużo białka. Wątroba zastoinowa, kiła wątroby i przerzuty guzów nie cechują się żadną określoną zawartością białka. Stwierdzenie albuminocholji nie posiada jeszcze narazie żadnego szczególnego znaczenia czynnościowo - rozpoznawczego.

f) *Składniki morfologiczne.*

W soku dwunastnicowym znajdujemy czasami wałeczki i komórki żółciowe, które, jak się wydaje, mogą występować również i w warunkach prawidłowych. Dla czynnościowego rozpoznawania chorób wątroby składniki morfologiczne naogół większego znaczenia nie mają.

B. ZABURZENIA W WYTWARZANIU ŻÓŁCI.

1. ACHOLJA.

Przy zamknięciu dróg żółciowych otrzymuje się czasami tak zwaną białą żółć, płyn zupełnie bezbarwny. W białej żółci nie stwierdza się prawie żadnych składników żółci, które przechodzą do krwi. Acholia completa, czyli zupełne nie-

wytwarzanie się żółci, prawdopodobnie, wogóle istnieć nie może. Komórka wątrobowa jest stale czynna, utrudnionem zaś lub zupełnie uniemożliwionem jest tylko wydzielanie. Długotrwały głód, jak to wynika z doświadczeń nad zwierzętami z przetokami żółciowemi, może doprowadzić prawie do zupełnego ustania czynności żółciotwórczej; w ciężkich przypadkach zatrucia fosforem stwierdza się ustanie wytwarzania bilirubiny.

2. HIPOCHOLJA.

Hipocholja, czyli zmniejszanie wytwarzania żółci, występuje przy chorobach wątroby; można ją stwierdzić drogą wykazania złego wchłaniania mydeł po podaniu stearynianu sodu.

3. POLICHOLJA.

W przypadkach policholji mamy, prawdopodobnie, do czynienia nie z istotnem zwiększeniem się ilości żółci, lecz z wzmożeniem wydzielania wody przez wątrobę lub ze zwiększeniem wydzielania gruczołów dróg żółciowych. U chorych z przetokami żółciowemi, odpływ żółci przez przetokę wynosił przeciętnie 250 — 500 cm^3, czasami jednak dochodził nawet do 1000 cm^3.

4. O WPŁYWIE ŚRODKÓW FARMAKOLOGICZNYCH NA WYTWARZANIE ŻÓŁCI.

Środki farmakologiczne mogą okazywać pewien wpływ na wydzielanie żółci. Pepton i siarczan magnu zwiększają odpływ żółci. Po wstrzyknięciu peptonu Witte'a do dwunastnicy stwierdza się wyciekanie ciemnego soku dwunastniczego, co zależy, prawdopodobnie, od tego, że do żółci wątrobowej dołącza się stężona żółć pęcherzykowa. Podobne zjawisko stwierdza się po wstrzyknięciu 10 cm^3 30%-owego roztworu $MgSO_4$, lub 3%-owego roztworu NaCl, albo 25%-owego roztworu cukru. Pytanie, czy siarczan magnu lub pepton wzmaga bezpośrednio wydzielanie wątroby, czy też tylko pobudza opróżnienie pęcherzyka żółciowego, nie jest jeszcze ostatecznie rozstrzygnięte; wydaje się, że oba te związki działają zarówno na wytwarzanie jak i wydzielanie żółci.

C. ZABURZENIA CZYNNOŚCI WĄTROBY W WYDALANIU.

1. WYDALANIE ZWIĄZKÓW USTROJOWYCH.

a) *Wydalanie cukru.* Czasami zdarza się, zwłaszcza u chorych na cukrzycę trzustkową, że komórki wątrobowe wydzielają cukier, który przenika do żółci.

b) *Kwas moczowy.* Bardzo nieznaczne ilości kwasu moczowego stwierdza się w żółci dość często. Z pośród chorób wątroby zwiększenie zawartości kwasu moczowego we krwi stwierdza się tylko w ostrym żółtym zaniku wątroby.

c) *Związki nieorganiczne.* Żelazo i wapń wydzielają się przez wątrobę w warunkach prawidłowych; przy ciężkich uszkodzeniach wątroby (np. zatruciu toluylenodwuaminą) wydzielanie żelaza w żółci zmniejsza się, podczas gdy wydzielanie bilirubiny nie ulega prawie żadnym zmianom. Wydzielanie wapnia jest bardzo nieznaczne i większego znaczenia nie posiada.

2. WYDALANIE ZWIĄZKÓW OBCYCH USTROJOWI.

Kwas salicylowy, mentol, heksametylenotetramina, następnie błękit metylenowy, indigokarmin, eozyna, czerwień obojętna i akrydynowa, fenolsulfoftaleina, fenoltetrachloroftaleina wydzielają się przez wątrobę. Wydzielanie rozpoczyna się w 15—20 minut po wstrzyknięciu i trwa 8—15 godzin. Po zatruciu fosforem wydzielanie barwników jest zwolnione. Czas występowania barwnika w soku dwunastnicowym określa się zapomocą sondy dwunastnicowej.

We wszystkich postaciach żółtaczki wydzielanie jest bardzo przyspieszone; rozpoczyna się ono już w 15—30 minut po wstrzyknięciu. Również i w marskości wątroby, ostrem zapaleniu wątroby, zapaleniu dróg żółciowych, kamicy żółciowej oraz w chorobach zakaźnych stwierdza się przyspieszenie wydzielania barwników. Okazuje się jednak, że barwniki wydzielają się nietylko przez żółć, lecz mogą się wydzielać również i przez żołądek, co zmniejsza do pewnego stopnia wartość badania czynności wątroby zapomocą barwników. ilość barwnika wydzielonego przez żołądek jest jednak zwykle bardzo mała, tak że nie jest w stanie wywołać silniejszego zabarwienia. Z praktycznego punktu widzenia badanie czynności wątroby zapomocą barwników nie daje nam o wiele więcej niż zwykłe wykazywanie urobiliny.

D. ZABURZENIA POŚREDNIEJ PRZEMIANY WĄTROBY.

W wątrobie dokonywa się większa część pracy rozszczepiania białka, rozkładanego na poszczególne aminokwasy, ulegające następnie dezamidacji. W wątrobie również wytwarza się z amoniaku mocznik. Zaburzenia dotyczące przemiany białkowej odnoszą się głównie do wytwarzania mocznika. Przeciętnie azot wydziela się w 85 do 88% w postaci mocznika, w 3—5% jako amoniak, w 3% jako aminokwasy i pozostała część jako kwas moczowy, kreatynina itd. Wzmożone w chorobach wątroby wydzielanie amoniaku nie zależy naogół od pierwotnego zaburzenia syntezy mocznika, lecz polega na zwiększonem wytwarzaniu kwasów. Przez podanie zasad udaje się w większości przypadków obniżyć amoniak moczowy chorych wątrobowych do granic prawidłowych. W ostrym żółtym zaniku wątroby, w którym również zwiększa się wydzielanie amoniaku, mamy oprócz zakwaszenia jednak do czynienia również i ze zmniejszeniem syntezy. Naogół jednak mocznikotwórcza czynność wątroby nawet w bardzo ciężkich zmianach miąższowych wątroby, nie ulega większym zaburzeniom. Możliwe również, że w innych narządach odbywa się wyrównawcza synteza mocznika. Pogląd jednak, że wyłącznie wątroba wytwarza mocznik, nie jest jeszcze ostatecznie uznany. Wydaje się, że w chorobach wątroby utrudniona jest przedewszystkiem dezamidacja, to znaczy, że dochodzi do zwiększenia się ilości kwasów aminowych w moczu. I istotnie w marskości wątroby, wątrobie zastoinowej, ciężkiej żółtaczce, otłuszczeniu wątroby występuje pewna aminacidurja pokarmowa. Zagadnienie, czy wą-

troba jest również miejscem wytwarzania kreatyniny, pozostaje jeszcze pod znakiem zapytania. Niektórzy autorzy uważają okoliczność, że w chorobach wątroby i w zatruciu fosforem dochodzi do zmniejszenia wydzielania kreatyniny, za dowód jej powstawania w wątrobie.

Między wydzielaniem kwasu moczowego i różnemi chorobami wątroby żadnej zależności nie stwierdza się. Zwiększenie się ilości kwasu moczowego w żółtaczce nieżytowej polega wyłącznie na wzmożonym rozpadzie jąder komórkowych. Również i zmiany stosunku białek krwi mogą być wynikiem zaburzeń czynności wątroby. Następnie, przełom hemoklastyczny uzależniano często od zaburzeń w białkowej przemianie wątrobowej. Według *Vidala* i jego współpracowników u zdrowych ludzi po wypiciu naczczo 200 cm^3 mleka lub spożyciu odpowiedniej ilości mięsa stwierdza się zwiększenie liczby ciałek białych i podniesienie się ciśnienia krwi, podczas gdy u ludzi chorych na wątrobę występuje zmniejszenie się liczby ciałek białych i spadek ciśnienia tętniczego. Ponadto stwierdza się u chorych na wątrobę zmniejszenie się stopnia refrakcji krwi i zwiększenie krzepliwości. Wszystkie te objawy rozpoczynają się w 20 — 60 minut po wypiciu mleka i są najwyraźniejsze po 1 — 1½ godz. Próba *Vidala* jest jednak niepewna i większego znaczenia rozpoznawczego stanowczo nie posiada.

Oprócz przemiany białkowej może ulegać zaburzeniom również i cukrowa przemiana wątrobowa. Zaburzenia syntezy cukru występują jednak tylko przy ciężkich uszkodzeniach miąższu wątrobowego, jak np. w zatruciu fosforem. Zwykły cukromocz pokarmowy występuje u chorych wątrobowych nie częściej niż w przebiegu innych chorób. Lewulozurję natomiast stwierdza się w bardzo znacznym odsetku chorób wątroby, w marskości wątroby np. w 80%, w żółtaczce nieżytowej i kiłowej w 70%, w żółtaczce na tle niedrożności wspólnego przewodu żółciowego w 63%. Przy guzach i bąblowcu wątroby tolerancja lewulozy była zmniejszona tylko w 40% przypadków. Wydzielanie lewulozy w chorobach wątroby należy uważać za patognostyczne, gdy po spożyciu 100 g lewulozy przekracza 0,6 g, które się uważa za dopuszczalne również i w warunkach normalnych. Znaczenie różniczkowo-rozpoznawcze ma zwłaszcza galaktozurja pokarmowa. Ustrój zdrowy wykorzystuje 40 g galaktozy prawie całkowicie, u chorych zaś na wątrobę znaczna część galaktozy przechodzi do moczu, np. w marskości wątroby do 6 g, w żółtaczce nieżytowej do 10 g; w guzach wątroby, w ograniczonych chorobach wątroby oraz w kamicy żółciowej tolerancja galaktozy nie zmienia się. Próba galaktozowa umożliwia więc odróżnienie rozlanych zmian wątrobowych (żółtaczka nieżytowa, ostry żółty zanik wątroby) od żółtaczki mechanicznej na tle kamienia lub nowotworu. W żółtaczce zastoinowej próba wypada dodatnio tylko w 6%, a w żółtaczce nieżytowej w 80%. W chorobach wątroby stwierdza się również i zaburzenia w zdolności wątroby magazynowania tłuszczów.

W doświadczalnem zatruciu fosforem zdolność nagromadzania tłuszczu



Główne wskazania: wszystkie choroby z zaziębienia i choroby zakaźne oraz stany bólowe wszelkiego pochodzenia.

Środek swoisty przeciwko grypie.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

Rurki	*po 10*	*tabletek à*	*0,5 g*	*zł. 3.40.*
Flakony	*„ 25*	*„*	*„ 0,5 „*	*„ 7.60.*



Wyłączna Reprezent. na Rzeczposp. Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
WARSZAWA, Hipoteczna 5, skrz. poczt. 748

wzmaga się w znacznym stopniu. Klinicznie jako objaw zaburzonej przemiany tłuszczowej stwierdza się lipemję.

Wątroba okazuje wpływ również i na gospodarkę wodną, przyczyniając się do zatrzymywania wody w ustroju i hamowania diurezy. Wreszcie i czynność odtruwająca wątroby ulega zaburzeniom, przyczem dotyczy to zarówno jadów wprowadzanych od zewnątrz, jak i powstających podczas przemiany materji. Kamfora np. wydziela się związana z kwasem glukoronowym. Po przyjęciu doustnie 3 g kamfory znajdujemy w moczu w ciągu pierwszych 24 godzin 5 — 6 g kwasu kamfoglukoronowego, w żółtaczce zaś nieżytowej i marskości wątroby ilość ta jest często 3 razy mniejsza. Również i odtruwanie związków fenolowych przez łączenie z kwasem siarkowym i wytwarzanie kwasów eterosiarkowych jest w chorobach wątroby upośledzone w znacznym stopniu.

Prof. dr. Th. DENEKE, Szpital św. Jerzego w Hamburgu.

ROKOWANIE NADCIŚNIENIA.

(Referat według Zschr. ärztl. Fortb. 1932, Nr. 8).

Zasadniczym warunkiem rozpoznania nadciśnienia jest dokładne określenie ciśnienia tętniczego. *) Ciśnienie krwi zależy w znacznym stopniu od równowagi duchowej i spokoju pacjenta. Tem się tłumaczy, że pierwszy pomiar ciśnienia daje z powodu pobudzenia psychicznego chorego wartości zbyt wysokie i nie należy go wobec tego nigdy brać w rachubę. Błąd zależny od zdenerwowania pacjenta można wykluczyć, odwracając uwagę chorego przez rozmowę, względnie zalecając mu wykonać stosunkowo szybko szereg głębokich ruchów oddechowych. Szczególnie wysokie wyniki mierzenia ciśnienia pod wpływem pobudzenia psychicznego stwierdza się u osobników „wegetatywnie stygmatyzowanych", którzy w chwili spokoju duchowego i fizycznego mogą mieć zupełnie prawidłowe ciśnienie tętnicze. Dotychczas jeszcze nie udało się ustalić, czy ta skłonność do nadciśnienia lub ta „skaza angiotoniczna"

*) Przy określeniu ciśnienia maksymalnego zapomocą przyrządu *Riva - Rocci'ego* korzysta *Deneke* z metody palpacyjnej, oznaczając wysokość ciśnienia, przy której nieobecne wskutek ucisku tętno promieniowe przy powolnem opadaniu ciśnienia znowu staje się wyczuwalne. Dla uzupełnienia sprawdza się ciśnienie metodą wysłuchową Korotkowa, przy której znikanie głośnych tonów tętniczych przy zwiększaniu ciśnienia w opasce ramieniowej i ich ponowne zjawianie się przy obniżaniu ciśnienia wskazuje na ciśnienie maksymalne. Również i ciśnienie rozkurczowe lub minimalne określa *Deneke* metodą *Korotkowa;* ciśnienie minimalne panuje w chwili, gdy przy stopniowem obniżaniu ciśnienia w opasce tony tętnicze nagle stają się bardzo ciche. Określona w ten sposób amplituda ciśnienia ma pewną wartość dla oceny warunków krążenia. Manometry rtęciowe pozwalają na zbadanie ciśnienia jedynie do wysokości 250 mm. Jeszcze wyższe ciśnienia zdarzają się bardzo rzadko. Niewielkim wahaniom w jedną lub drugą stronę nie należy przypisywać zbyt wielkiego znaczenia. Natomiast manometry sprężynowe posiadają jeszcze inne źródła błędów.

przedstawia pierwszy okres późniejszego stałego nadciśnienia, czy też te okresowe wahania ciśnienia mogą u osób odpowiednio usposobionych trwać bez zmiany aż do podeszłego wieku. Stwierdzenie, że wzmożone ciśnienie krwi ma charakter przemijający i łatwo poddaje się wpływowi sugestji, jest w każdym razie z punktu widzenia rokowania objawem raczej pomyślnym. Ta wzmożona pobudliwość ośrodka naczynioruchowego nie jest jednak dla pacjenta zupełnie obojętną.

Wobec tego, że dla ścisłego ustalenia rozpoznania nadciśnienia zachodzi potrzeba dokonywania kilkakrotnych pomiarów ciśnienia, autor uważa za wskazane, aby zalecać pacjentom przyjmowanie w ciągu tego czasu łagodnego środka uspokajającego (brom, walerjana), któryby wykluczył do pewnego stopnia ujemny wpływ czynników psychicznych. Nigdy nie wolno zaniedbywać dokładnego zbierania wywiadów (długowieczność rodziców i dziadków i t. d., udary mózgowe, choroby serca, obrzęki u członków rodziny). Znaczenie dla rokowania ma również kiła i przebyte dawniej zapalenie nerek ew. nadużycie alkoholu i tytoniu.

W przypadkach właściwego nadciśnienia samoistnego, to znaczy nadciśnienia tętniczego bez uchwytnych zmian nerkowych, odróżniamy postać chwiejną i stałą. Cechą charakterystyczną postaci chwiejnej jest znaczna zmienność wysokości ciśnienia, które utrzymuje się jednak przeważnie na wysokim poziomie. Najniższy poziom, dochodzący czasem do normy, stwierdza się podczas snu. Dla ścisłego ustalenia stanu rzeczy bardzo wskazanem jest wykreślenie krzywej ciśnienia, wymagającej mierzenia 2 -3 razy dziennie. Wobec tego, że bardzo pożądanem jest jednoczesne zbadanie rentgenologiczne układu sercowo-naczyniowego oraz dokładne zbadanie czynności nerek, wydaje się najbardziej celowem, aby każdego hipertonika umieścić celem ścisłej obserwacji na kilka dni w klinice lub w szpitalu. W przypadkach lżejszych potrzeba w tym celu zaledwie 4-5 dni, jeżeli jednak nadciśnienie utrzymuje się stale na wysokim poziomie, zachodzi konieczność przedłużenia czasu obserwacji i przeprowadzenia nawet ew. kuracji. Postacie chwiejne uchodzą za lżejsze, gdyż przemijające wzmożenie napięcia stawia sercu i tętnicom mniejsze wymagania niż napięcie stałe. Wyraźnego przerostu serca zwykle jeszcze nie stwierdza się. Leczenie w miejscowościach kąpielowych i uzdrowiskach może przyczynić się do znacznej i długotrwałej poprawy. Zbyt wysokie wahanie ciśnienia, zwłaszcza przy poszczególnych bardzo znacznych podniesieniach, które można wytłumaczyć jedynie skurczem drobnych tętniczek, nie pozostają jednak bez wpływu na stan chorego.

Oprócz zbadania ciśnienia tętniczego najważniejszym dalszym probierzem dla oceny każdego poszczególnego przypadku jest określenie wydolności krążenia i nerek. Ze strony serca i naczyń mogą grozić trzy niebezpieczeństwa: niedomogi mięśnia sercowego, udaru mózgowego i dusznicy bolesnej. Przerośnięte serce hipertonika zaczyna nierzadko zawodzić już bardzo wcześnie

i prawie niepostrzeżenie. W przypadkach początkowej niedomogi okazują małe dawki naparstnicy — podawane okresowo, a jedynie wyjątkowo stale — częstokroć znakomity wpływ leczniczy. Lekka duszność przy wchodzeniu na schody, nocny niepokój, nykturja, wrażliwość uciskowa okolicy wątrobowej, przyspieszenie tętna—stanowią dostateczne wskazania dla przeprowadzenia łagodnej ambulatoryjnej kuracji naparstnicowej.

Pośród hipertoników stwierdza się wielu, którzy dużo jedzą, dużą piją i mają mniej lub więcej uporczywe zaparcie. Nadmierne wypełnienie i napięcie brzucha oraz utrudnienie ruchów przepony jeszcze bardziej zwiększają ciśnienie krwi, tak że stan chorego może czasem robić gorsze wrażenie, niż to odpowiada rzeczywistości. Z tego względu należy koniecznie zwalczać zaparcie. Poprawa stanu ogólnego pod wpływem usunięcia szkodliwych czynników, jak alkohol, tytoń, oraz pomyślny wynik stosowania środków obniżających ciśnienie, pozwalają na dobre rokowanie. *Deneke* zaleca przedewszystkiem Luminal. Wskazane są jednak również azotyny, Calcium-Diuretyna, u kobiet w okresie przekwitowym preparaty jajnikowe.

W drugim okresie nadciśnienia, w którym ciśnienie podnosi się w stopniu bardzo znacznym, wytwarza się zwykle rozległa miażdżyca naczyń tętniczych. Powstanie miażdżycy przeważnie w naczyniach wieńcowych, w mózgu lub w nerkach zależy od nieznanych czynników. Szczególne niebezpieczeństwo grozi chorym, którzy mają skłonność do gwałtownego, napadowego wzmagania się ciśnienia, występującego pod postacią tak zwanych przełomów naczyniowych. Napadowe bóle głowy, zawroty głowy, lekkie niedowłady lub zaburzenia świadomości zwiastują grożący udar mózgowy.

Przebieg nadciśnienia zależy w znacznym stopniu od zachowania się nerek. Niewielkie ślady białka albo pojedyńcze ciałka białe i szkliste wałeczki, które bardzo często znajdujemy w moczu nawet lekkich hipertoników, nie powinny naogół wpływać ujemnie na rokowanie. Jedynie u nielicznych chorych z tak zwanem czerwonem nadciśnieniem nie stwierdza się w moczu żadnych nieprawidłowych składników. Dopóki jednak ilość, zabarwienie i ciężar gatunkowy moczu są zupełnie prawidłowe i dopóki nie zachodzi podejrzenie zatrzymania w ustroju związków azotowych, nefrosklerozę można uważać za stosunkowo łagodną. Jako pierwsza oznaka poważniejszych zaburzeń czynności nerek występuje zwykle znaczne zwiększenie dobowej ilości moczu, przyczem początkowo zdolność stężania może jeszcze być do pewnego stopnia zachowana.

Sprawa chorobowa postępuje jednak, choć powoli lecz stale naprzód, aż wytwarza się całkowity obraz niedomogi wydzielniczej nerek, czyli tak zwanego białego nadciśnienia. Próba wodna *Volharda* z jednoczesną próbą koncentracji, które odpowiednio wyszkolona pielęgniarka może wykonać również i w zwykłych warunkach domowych, oraz określenie azotu pozabiałkowego w surowicy krwi umożliwiają ściślejsze określenie stopnia niewydolności nerek.

Przy poważniejszych zaburzeniach nerkowych stwierdza się zmiany na dnie oka: Retinitis albuminurica, którą właściwie należałoby nazwać Retinitis angiospastica. Również i dokuczliwe bóle głowy, senność, osłabienie, bladość, nieznoszenie soli kuchennej są dowodami złośliwego charakteru sprawy nerkowej. Z klinicznego punktu widzenia ta „nerkowa postać przebiegu nadciśnienia" różni się bardzo mało od końcowego okresu przewlekłego zapalenia nerek. Lecz i w tym okresie choroby rokowanie nie jest jeszcze beznadziejne. Przy odpowiednim trybie życia chorzy mogą czasami jeszcze długo czuć się stosunkowo znośnie. Największem niebezpieczeństwem grożą stany nagłego niedostatecznego zaopatrywania w krew narządów, występujące klinicznie pod postacią dusznicy bolesnej, dychawicy sercowej, oddechu *Cheyne-Stokes'a*, które mogą doprowadzić do mocznicy drgawkowej *Volharda*. *Volhard* nawet w takich ciężkich i daleko posuniętych przypadkach osiągał zapomocą swej diety głodowo-suchej bardzo pomyślne wyniki lecznicze. *Bienstock* zwraca uwagę na dodatni wpływ zupełnego wykluczenia z diety wszelkich postaci białka zwierzęcego.

Jeżeli sprawa chorobowa doprowadzi do tak znacznego zniszczenia tkanki nerkowej, że stwierdza się objawy prawdziwej niewydolności nerek, wówczas powoli i podstępnie wzmagające się oznaki mocznicy dowodzą początku ostatniego okresu złośliwej marskości, która już bardzo szybko kończy się zejściem śmiertelnem.

Co się tyczy ogólnego rokowania nadciśnienia, to opisywano jedynie poszczególne przypadki istotnego wyleczenia, przyczem czynnikiem leczniczym było usunięcie ciężkiego napięcia duchowego, choroba gorączkowa, operacja mięśniaków i t. d. Długotrwałe poprawy z zachowaniem jedynie nieznacznie ograniczonej wydolności należą do rzeczy bardzo częstych, zwłaszcza gdy chory może sobie zapewnić spokój. Z tego właśnie względu rokowanie u starych kobiet jest lepsze niż u mężczyzn. *Harpuder* z kliniki *Romberga* zestawił statystycznie częstość poszczególnych postaci przebiegu nadciśnienia. Dane jego opierają się na 169 przypadkach sekcyj chorych, którzy mieli wysokie ciśnienie. Przyczyną śmierci była w 54% przypadków niedomoga krążenia, w 38% udar mózgowy lub rozmiękczenie mózgu i w 8% mocznica.

Niezawodne wyjaławianie ran zapomocą idealnego chemoterapeutycznego środka antyseptycznego

RIVANOL.

Silne działanie bakterjobójcze, wszechstronne zastosowanie. Nie zmniejsza odporności tkanki. Niezbędny przy leczeniu wszelkich zakażonych ran.

Dla ograniczenia ropnych spraw zapalnych. Dla wlewań do jam ustrojowych. Zupełnie niedrażniący.

STOSOWANIE:

Jako roztwór 1:1000 — 1:500 (dla odkażania głębinowego z dodatkiem ¼ — ½% Novocainy),
jako 1%-owa maść albo pasta,
1 — 10%-owe pendzlowanie,
2%-owa posypka
roztwory dla lawatyw 1:5000 — 1:3000.

OPAKOWANIA ORYGINALNE:

rurki po 20 tabletek à 0,1 g . . . . zł. 6.10
„ „ 10 „ „ 1,0 „ . . . „ 20.25



Dr. E. ZAK.

KIEDY MOŻNA DAWAĆ MORFINĘ PRZY CHOROBACH SERCA?

(Referat według Wien. Klin. Wschr. 1927, Nr. 39).

Stosowanie morfiny u chorych z zaburzeniami krążenia wchodzi w rachubę w trzech następujących wskazaniach: dla uśmierzenia bólu, dla przezwyciężenia ostrego obrzęku płuc w dychawicy sercowej i dla złagodzenia podmiotowej duszności. W przypadkach, gdy chorzy cierpią na bóle niesercowego pochodzenia, np. w napadach kamicy żółciowej lub nerkowej, w przełomach tabetycznych i t. d., wówczas z zastosowaniem morfiny zwlekać nie należy, nawet gdy stwierdza się objawy tętniaka lub niedomykalności zastawek aorty. Jeżeli źródłem bólu jest samo serce, jak np. w dusznicy bolesnej, wówczas nie należy zaczynać od morfiny, lecz dążyć przedewszystkiem do wzmocnienia akcji serca, czyli podawać z początku odpowiedni środek nasercowy, a dopiero potem morfinę. *Romberg* zaleca w takich przypadkach możliwie małe dawki morfiny 0,003—0,01 g. *Zak* uważa jednak, że dawka ta przeważnie okazuje się niewystarczającą. Jako środki pobudzające czynność serca stosuje się: kamforę, lub lepiej Hexeton, preparaty naparstnicowe, kofeinę, kawę, alkohol, gorczycznik na okolicę serca, gorące kąpiele na ręce i wreszcie, jako lek może najważniejszy, nitroglicerynę. Nitrogliceryna działa najlepiej na początku napadu. W bardzo ciężkich napadach dusznicy bolesnej *Zak* radzi wstrzyknąć podskórnie 0,01—0,02 g Morphii muriatici i kofeinę. 0,02 g morfiny nie zawsze są jednak w stanie uśmierzyć ból, czasami zdarza się, że nawet 0,06 g nie okazuje spodziewanego działania; możliwe, że w takich przypadkach morfina zawodzi, gdyż nie wchłania się w dostatecznym stopniu z powodu osłabienia krążenia. Jeżeli jednak dokonać wstrzyknięcia w miejsce, które jest jeszcze dostatecznie ukrwione, wówczas zwykle stosowane dawki 0,01 — 0,02 morfiny przeważnie wystarczają dla uśmierzenia lub złagodzenia bólu.

W większości przypadków obrzęku płuc można się obejść bez morfiny. Nocny kaszel chorych sercowych leczy się z o wiele lepszym skutkiem naparstnicą niż narkotykami. Jeżeli jednak zachodzi potrzeba podawania morfiny, wówczas wskazanem jest stosować ją na Aqua laurocerasi. Wobec tego, że woda laurowa zmniejsza napięcie powierzchniowe wody, należy przy obliczaniu dawki kroplami dawać więcej kropel, przyczem 39 kropel Aquae laurocerasi odpowiada 20 kroplom wodnego roztworu morfiny. Przy napadzie dychawicy sercowej morfina jest niezastąpiona; wstrzykuje się 0,01 — 0,02 g, najlepiej z kofeiną lub kamforą. Wskazanem jest również ew. dokonanie upustu krwi. Dla odciążenia prawej połowy serca należy wypuścić około 5 cm^3 na kg. wagi ciała. Również i przewiązywanie kończyń może się okazać korzystnem. W niektórych przypadkach obrzęku płuc już samo wstrzyknięcie

morfiny okazuje się wystarczające. Po uśmierzeniu bólu zapomocą morfiny zyskujemy czas dla dalszego stosowania środków nasercowych.

Dla leczenia duszności — w rachubę wchodzi tu raczej duszność przewlekła niż ostra — morfina jest przy jednoczesnem stosowaniu leczenia ściśle nasercowego cennym środkiem pomocniczym. Również i tutaj należy rozpoczynać od naparstnicy. Jeżeli w obrzęku płuc zachodzi konieczność podskórnego wstrzykiwania morfiny, to w duszności stosuje się ją doustnie lub per rectum. W przypadkach, gdy chory dostaje po morfinie mdłości lub wymiotów, wskazanem jest dodawać do strzykawki z morfiną ½ mg atropiny. Występujące czasami po morfinie zmniejszenie ilości moczu zwalczamy przez podawanie Liq. kalii acetici (3 — 4 razy dziennie po łyżce stołowej). Rozumie się samo przez się, że zbyt częstego podawania morfiny należy w miarę możności unikać.

Dolegliwości czysto nerwowe, bądź to w postaci nerwicy serca u osób z sercem zdrowem, bądź też w postaci zaburzeń nerwowych u chorych sercowych, nie powinny być nigdy wskazaniem do podawania morfiny. Należy je leczyć bromem lub preparatami walerjanowemi.

Dr. L. LOEFFLER, prosektorjum Miejskiego Szpitala Dziecięcego w Berlinie.

W SPRAWIE LECZENIA KRZYWICY.

(Referat według Med. Wochenschrift 1932, Nr. 26).

Na podstawie swych licznych badań sekcyjnych zwłok dzieci, autor dochodzi do wniosku, że śmiertelne powikłania krzywicy zdarzają się prawie zawsze na początku choroby. Jest to jeszcze jednym argumentem przemawiającym za koniecznością zastosowania w porę odpowiedniego leczenia przeciwkrzywiczego. Przypadki wyleczonej krzywicy lub będącej w toku poprawy należą do rzadkości na stole sekcyjnym. Znakomite wyniki podawania witaminy D przyczyniły się do nadzwyczajnego rozpowszechnienia odpowiednich preparatów. Zdarzały się przytem jednak pojedyńcze przypadki, które wzbudziły wśród lekarzy pewien niepokój. Od czasu tych publikacyj *Loeffler* dokonał przeszło 1000 sekcyj dziecięcych, podczas których zwracał szczególnie baczną uwagę na ew. występowanie niepożądanych objawów ubocznych stosowania witaminy D. Z pośród sekowanych przypadków w 49 stosowano poprzednio witaminę D. Niektóre dzieci zażywały ją w ciągu długich nawet miesięcy w dużych dawkach. W poszczególnych przypadkach podawano witaminę D nawet przez kilka lat, przyczem powodem śmierci były inne choroby, jak gruźlica, błonica i inne. Ze względu na wielkie znaczenie praktyczne zagadnienia ewentualnego wpływu ujemnego stosowania witaminy D, *Loeffler* zbadał szczególnie dokładnie te przypadki, w których stosowano dłuższy czas naświetlaną ergosterynę. W niektórych przypadkach autor przeglądał wiele setek preparatów drobnowidowych, przyczem ani razu nie znalazł zmian

chorobowych, którebу można było uzależnić od uprzedniego podawania witaminy D. Ten zupełnie ujemny wynik badań, opartych na dużym bądź co bądź materjale, nasuwa uzasadnione przypuszczenie, że w opisanych przypadkach czynnikiem szkodliwym znalezionych zmian nie mogła być witamina D, tembardziej, że opisywano przypadki zwapnienia naczyń u dzieci, które witaminy D nie przyjmowały (*Iff, Faber, Jaffé*).

Iff z Zakładu Patologicznego Uniwersytetu w Bernie opisuje dziecko, które żyło zaledwie kilka minut i którego naczynia zawierały obfite złogi wapniowe. Złogi te znajdywały się zwłaszcza w błonie środkowej większych i średnich naczyń, w mniejszych zaś były mniej wyraźne. W poszczególnych miejscach stwierdzono zwapnienia również i w błonie wewnętrznej oraz zewnętrznej. Ponadto również i nerki, tarczyca oraz opony mózgowe zawierały wapień. Kiła, jako podłoże tych zaburzeń, była wykluczona.

Löwenthal badał histologicznie naczynia starszych królików, które nigdy nie otrzymywały witaminy D i które nie wykazywały zresztą żadnych szczególnych objawów chorobowych i znajdywał często samoistne schorzenia naczyniowe. Dokładniejsze szczegóły w tej sprawie podaje *Jaffé* w swej pracy o samoistnych chorobach zwierząt laboratoryjnych. *Stumpf* w swych badaniach nad najpierwszemi objawami miażdżycy znajdywał już u małych dzieci oznaki pęcznienia i nieprawidłowego ułożenia komórek w błonie wewnętrznej i uzależnia to od licznych przebytych chorób zakaźnych. *Stumpf* próbował uzależnić początki późniejszej miażdżycy od tych tak wcześnie już stwierdzonych zmian. *Fischer-Wasels* już przed 25 laty stwierdził, że w tętnicy głównej starszych królików mogą występować zwapnienia bez żadnego powodu zewnętrznego. *Durante* opisuje wrodzone zmiany ateromatyczne aorty i tętnicy płucnej u dziecka, które żyło zaledwie 17 dni. *Surbek* opisał zwapnienia w błonie środkowej większych i średnich tętnic u trzydniowego dziecka. W miejscu zwapniałej błony środkowej znaleziono również wyrównawcze bujanie błony wewnętrznej. Zwapnienie i bujanie błony wewnętrznej objęło również i *vasa vasorum*. *Jaffé* opisał nekrozę ściany naczyniowej w żyłach płucnych dwudniowego chłopca. *Verocay* doniósł o zwapnieniu naczyń u dziewczynki pięciomiesięcznej. W błonie wewnętrznej znaleziono bardzo znaczne zwapnienia i tkankę ziarninową z komórek olbrzymich. Zwapnienia dotyczyły również i błony wewnętrznej. Podłożem zmian mogła być w tym przypadku kiła. *Forrer* obserwował rozległe zwapnienia naczyniowe u trzymiesięcznego chłopca. Największe zmiany stwierdzono w naczyniach wieńcowych, których błona środkowa zmieniła się wprost w pierścień wapniowy. Zwapnienie nie oszczędziło jednak również i innych naczyń.

K. SCHIRP i R. WACHTER.

O LECZENIU KREZOLEM NIEŻYTÓW DRÓG ODDECHOWYCH.

(Referat według Münchener med. Wochenschrift 1929, Nr. 26).

Kreozot stosuje się w lecznictwie chorób dróg oddechowych już od 1836 roku. W roku 1837 *Bing* wymienia już liczny szereg prac omawiających działanie kreozotu. W starszem piśmiennictwie uważano przeważnie guajacol i kreozol za główne czynne składniki kreozotu, krezolowi zaś nie przypisywano większego działania leczniczego. Tymczasem nowsze badania wykazały, że główną część kreozotu stanowią krezole (40%), kreozoli jest nieco mniej (30% — 34%), i dopiero na trzeciem miejscu znajduje się guajacol (20%—24%). Opierając się na dawniejszych niedokładnych analizach i na błędnych poglądach o sposobie działania kreozotu, przez długi czas stosowano w lecznictwie przeważnie guajacol. Szczegółowe jednak badania porównawcze poszczególnych składników kreozotu wykazały, że zawdzięcza on swe pomyślne działanie lecznicze głównie zawartemu w nim krezolowi. Nasunęło to, oczywiście, myśl zastosowania w praktyce nie mieszaniny różnych mniej lub więcej czynnych związków, znajdujących się w naturalnej smole drzewa bukowego, lecz wypróbowania przetworów krezolowych w czystej i dokładnie określonej postaci.

Wytworzono preparat, którego składnikiem czynnym jest krezol, pochodna kreozotu, związek dotychczas w lecznictwie naogół niestosowany. Preparatem tym jest Kresival, który zawiera 3% krezolo-sulfonianu wapnia i różne związki aromatyczne. Badania doświadczalne na zwierzętach wykazały nadzwyczaj silny wpływ Kresivalu na wydzielanie gruczołów błony śluzowej oskrzeli. W dostatecznie dużych dawkach Kresival pobudza wydzielanie tak mocno, że wytwarzają się rzężenia tchawicowe i dochodzi do duszności.

Autorzy badali działanie kliniczne Kresivalu w ciągu ośmiu miesięcy na dużym materjale klinicznym. Stosowano Kresival w przypadkach ostrych i przewlekłych nieżytów oskrzeli, w nieżytach płucnych towarzyszących gruźlicy gruczołów śródpiersia, w rozstrzeniach oskrzeli związanych częściowo z otwartą gruźlicą, a częściowo z nieżytem nieswoistym i wreszcie w początkowej gruźlicy płuc. Głównem i najwdzięczniejszem wskazaniem do podawania Kresivalu są według autorów ostre nieżyty oskrzeli, których czas trwania zostaje znacznie skrócony. Złagodzenie wykrztuszania, rozrzedzenie plwociny, zmniejszenie lub ustąpienie kaszlu, szybkie zniknięcie rzężeń oskrzelowych — oto cechy charakterystyczne działania Kresivalu w przebiegu ostrych nieżytów oskrzeli. Również i nieżyty przewlekłe, chociaż w mniejszym nieco stopniu, reagują na Kresival, sprawiający pacjentom znaczną ulgę.

W niektórych przypadkach z powodzeniem leczonych Kresivalem zachodziła czasem po kilku tygodniach potrzeba wznowienia kuracji. Dotyczyło

to zwłaszcza dzieci skrofulicznych ze skazą wysiękową, skłonnych, jak wiadomo, do częstych nawrotów i obostrzeń katarów dróg oddechowych.

Kresival wpływał pomyślnie również i na nieżyty towarzyszące gruźlicy gruczołów tchawicowo-oskrzelowych. Bardzo uporczywy i męczący kaszel, niepokojący często dzieci w nocy i zakłócający im sen, w większości przypadków stopniowo ustępował. Autorzy osiągali dobre wyniki również i w rozstrzeniach oskrzeli, w których Kresival zapewniał obfite wykrztuszanie, nie dopuszczał w ten sposób do zatrzymania wydzieliny i do związanego z tem podnoszenia się gorączki. W przypadkach natomiast postępującej gruźlicy wysiękowej u dzieci, która zwykle rozwija się bardzo szybko i daje przeważnie rokowanie bardzo złe, autorzy nie podawali Kresivalu, a stosowali w razie potrzeby raczej środki narkotyczne.

Jeden z autorów miał sposobność przekonania się o działaniu Kresivalu na samym sobie. Wskutek gwałtownego kataru nosa i zapalenia gardła powstał nieżyt oskrzeli, obejmujący coraz drobniejsze rozgałęzienia. Choroba przebiegała z gorączką i bardzo dokuczliwym kaszlem. Początkowo chory dopiero po długim męczącym kaszlu był w stanie wykrztusić niewielką ilość lepkiej i gęstej plwociny. Zażywanie Kresivalu szybko sprawiło, że odpluwanie stało się łatwe i obfite, plwocina bardziej rzadka, a kaszel o wiele łagodniejszy.

Kresival nigdy nie wywoływał żadnych przykrych objawów działania ubocznego. Jeśli uwzględnić działanie drażniące na nerki, żołądek i kiszki, spostrzegane tak często przy stosowaniu kreozotu, to doskonała tolerancja Kresivalu zasługuje na szczególną uwagę. Ani razu nie spostrzegano żadnych zmian chorobowych moczu i to nawet po długiem, nieprzerwanem zażywaniu Kresivalu. Również i na czynność przewodu pokarmowego i na apetyt Kresival żadnego ujemnego wpływu nie wywierał. Apetyt podczas podawania Kresivalu nawet się poprawiał. Czynność serca raczej się zwalniała niż przyspieszała, możliwe, że wskutek obecności składników wapniowych. Badanie krwi, dokonywane w wielu przypadkach przed leczeniem Kresivalem i po zakończeniu kuracji, żadnych wyraźniejszych zmian nie wykazało.

Brak wszelkiego działania żrącego i toksycznego zawdzięcza Kresival swemu składowi chemicznemu, w którym czynny związek krezolowy jest połączony z sulfonianem wapnia. Zwłaszcza składnik wapniowy wydaje się bardzo szczęśliwie dobrany, gdyż jego wpływ uspokajający i przeciwzapalny potęguje pomyślne działanie lecznicze całości *(E. Starkenstein).* Pozatem podawanie umiarkowanych ilości soli wapniowych w łatwo przyswajalnej postaci jest szczególnie pożądane zwłaszcza przy nawrotowych nieżytach na tle skazy wysiękowej.

Co się tyczy dawkowania wskazane jest podawać dzieciom Kresival 3 razy dziennie przed jedzeniem po łyżce od herbaty. Kresival można ew. rozcieńczać jednakową ilością wody, kawy lub jakiegokolwiek napoju. Ze względu na stosunkowo przyjemny smak Kresivalu dzieci zażywają go dość chętnie. Dorosłym podaje się 3 razy dziennie po łyżce stołowej.

Autorzy kończą swą pracę następującemi wnioskami:

1) Kresival jest jedynym przetworem zawierającym jako składnik czynny związki krezolowe, którym, jak wynika z najnowszych badań, zawdzięcza kreozot swe działanie lecznicze.

2) Oprócz działania wykrztuśnego i własności ogólnie wzmacniających Kresival dzięki swej zawartości wapnia okazuje ponadto wpływ uspokajający i przeciwzapalny.

3) Kresival wywołuje łatwe i bezbolesne wykrztuszanie, łagodzi kaszel, rozrzedza plwocinę i skraca znacznie czas trwania ostrych nieżytów dróg oddechowych. W nieżytach przewlekłych Kresival sprawia chorym dużą ulgę i poprawia ogólny stan kliniczny.

4) Dokładna kontrola przeszło 100 obserwowanych przypadków wykazała, że nawet długotrwałe podawanie Kresivalu nie wywołuje żadnych objawów ubocznych ani zaburzeń, spostrzeganych przy stosowaniu kreozotu.

5) Dzieci w każdym wieku przyjmują Kresival bez żadnych trudności.

Dr. F. ROYER, Palmas, Brazylja.

LECZENIE TRYPAFLAVINĄ GRYPOWYCH POWIKŁAN PŁUCNYCH.

(Referat według Therap. Ber. 1932, Nr. 11).

Podczas ciężkiej epidemji grypy miałem możność leczenia w mym szpitalu trzech chorych dotkniętych grypowem zapaleniem płuc. We wszystkich trzech przypadkach stwierdziłem powikłanie w postaci lewostronnego ropnego zapalenia opłucnej. Dwaj chorzy byli to mężczyźni w wieku 20 i 45 lat, trzecim pacjentem był czteroletni chłopczyk. Wszyscy troje zawdzięczają swe życie artykułowi dr. *Blatta* ze Lwowa, wydrukowanemu w „Therapeutische Berichte 1932 Nr. 1, jako referat z „Wiadomości Terapeutycznych“ 1931, Nr. 6.

W przeciągu pierwszego tygodnia pobytu w szpitalu wstrzykiwano chorym co wieczór Omnadinę. Gorączka pacjenta 20-letniego, który był najciężej chory, utrzymywała się prawie stale przy około 40°. Chory był krańcowo wyczerpany, skarżył się na dokuczliwe pragnienie. Stan ogólny bardzo zły. Tętno słabe, chwilami przerywane. Mocz nie zawierał białka. Stolce prawidłowe. Co drugi dzień wypuszczano chorym ropę z opłucnej. Stosowano przytem znieczulenie miejscowe zapomocą 2%-owej Novocain-Suprareniny. U dziecka trzeba było dokonywać tego zabiegu w uśpieniu eterem. Po wypuszczeniu ropy przepłókiwano opłucnę ½%-owym roztworem kwasu bornego lub Rivanolu. Nie bacząc jednak na usilne starania lekarskie, sprawa chorobowa nieubłaganie postępowała i stan pogarszał się z dnia na dzień. Gorączka dochodziła do 40—41° i pod wpływem dużych dawek Pyramidonu i Antipyriny opa-

dała wśród obfitych potów do 38,5°. Straciłem już wszelkie nadzieje utrzymania tych trzech ciężko chorych pacjentów przy życiu, gdy poczta przyniosła mi ostatni numer „Therapeutische Berichte“, w którym znalazłem tę tak ważną dla mnie notatkę *dr. Blatta* ze Lwowa. Postanowiłem wypróbować Trypaflavinę jako ostatnią deskę ratunku. Muszę się, coprawda, przyznać, że do tej próby odnosiłem się dość sceptycznie. Następnego ranka wstrzyknąłem dla wzmocnienia serca Cardiazol, poczem zastosowałem dożylnie Trypaflavinę. Wstrzyknąłem obu mężczyznom po 15 cm^3 2%-owego roztworu. Chorzy zaraz po wstrzyknięciu doznali jakiegoś niedającego się bliżej określić uczucia w palcach nóg i na końcu języka. Po godzinie gorączka opadła do 38°, po obiedzie zaś do 37,5° i 37,8°. Po obiedzie wypuszczono ropę z opłucnej i dokonano przepłókania 1‰-owym roztworem Trypaflaviny. Do przepłókania zużyto 5 litrów roztworu. Poczynając od tego dnia temperatura w godzinach porannych wynosiła 36,5°, a po obiedzie dochodziła najwyżej do 37,8°. Dokonałem ogółem każdemu choremu 5 wstrzykiwań Trypaflaviny. Wstrzykiwałem co 3 dni po 15 cm^3. Ilość ropy zmniejszyła się szybko, chorzy poprawiali się w widoczny sposób z dnia na dzień. Już w tydzień po skończeniu kuracji Trypaflaviną chorzy mogli samodzielnie siedzieć na łóżku, a jeszcze po upływie tygodnia zostali wypisani w doskonałym stanie zdrowia. U dziecka ze względów czysto technicznych nie można było stosować wstrzykiwań dożylnych, tak że ograniczono się do przepłókiwań opłucnej Trypaflaviną, które okazały się dostateczne dla osiągnięcia wyleczenia.

Epidemja grypy, jak wspominałem, była ciężka. Również i w innych szpitalach znajdowali się chorzy, u których przebieg choroby był tak samo ciężki i powikłany jak u moich pacjentów. Otóż większość z pośród tych chorych, niestety, zmarła. Jestem najmocniej przekonany o swoistem działaniu Trypaflaviny i uważam za swój obowiązek podziękować publicznie dr. *Blattowi* w imieniu moich trzech wyleczonych pacjentów za jego cenną wskazówkę.

Dr. R. OZYNULA, Nemeczyce (Czechosłowacja).

O LECZENIU KRZTUŚCA OMNADINĄ.

(Referat według Ther. Ber. tom V, Nr. 5).

Wielokrotnie donoszono już o pomyślnym wpływie Omnadiny na przebieg chorób zakaźnych. Szczególnie pomyślnie reaguje na Omnadinę dur brzuszny, w którym dwa wstrzyknięcia na tydzień (ogółem 6 wstrzyknięć) sprawiaja, że choroba traci swój groźny charakter i stosowanie doustne wszelkich innych leków staje się zbyteczne.

Na podstawie pomyślnych wyników stosowania Omnadiny w większości chorób zakaźnych, autor postanowił wypróbować ją również i w krztuścu. Krztusiec stanowi jedną z najcięższych chorób wieku dziecięcego, wyczerpuje w niesłychany sposób młodociany organizm i może swą uporczywością doprowadzać

do rozpaczy zarówno otoczenie małego pacjenta jak i samego lekarza. Istnieje liczny szereg leków, które się zwykle w krztuścu zapisuje. Każdy lekarz ma swoje pewne, wypróbowane środki, któremi leczy tę chorobę. Wszystkie te leki mają tę wspólną cechę, że pod koniec szóstego tygodnia (niektóre potrzebują nawet 8 tygodni) prowadzą wreszcie do celu i po długiej i ciężkiej walce przezwyciężają chorobę. Podczas choroby z powodu dużego ciśnienia wydechowego przy kaszlu grożą dziecku poważne niebezpieczeństwa. Są to krwawienia wskutek pęknięcia naczyń do spojówek, do skóry twarzy, do jamy nosowej i gardzielowej, następnie pęknięcia błony bębenkowej, małe wylewy krwawe do mózgu, rozdęcia płuc wskutek pękania pęcherzyków płucnych, rozedma śródmiąższowa, odma płucna i odma podskórna. Wymioty, towarzyszące zwykle gwałtownemu kaszlowi, prowadzą, zwłaszcza u osobników słabszych, do ciężkiego upośledzenia stanu odżywiania.

Jürgensen pisze w swym klasycznym podręczniku: krztusiec wywołuje nierzadko trwałe upośledzenie zdrowia, pozostawia skłonność do nieżytów dróg oddechowych i ułatwia w ten sposób możliwość ewentualnego zakażenia gruźliczego. Dalsze poważne niebezpieczeństwa, któremi grozi krztusiec, są następujące: powstawanie ognisk bronchopneumonicznych, sprawy nieżytowe w małych oskrzelach i wreszcie objawy zołzowe i krzywicy u dzieci odpowiednio usposobionych.

Jürgensen jest zdania, że krztusiec jest jedną z tych chorób zakaźnych, które okazują wielki wpływ na śmiertelność. Długie trwanie choroby (6 — 8 tygodni) i utrzymujący się później jeszcze przez długi czas (nawet i kilka miesięcy) nieżyt oskrzeli przyczyniają się w znacznym stopniu do wyczerpania całego ustroju. Poniżej opisany przypadek ciężkiego krztuśca skłonił autora do szukania nowych dróg, mających na celu skrócenie czasu trwania tej uporczywej i złośliwej choroby.

Sprawa dotyczyła dwuletniego dziecka cierpiącego na krztusiec. Napady kaszlowe były bardzo częste i długotrwałe. Dziecko było poprzednio zupełnie zdrowe. Stan odżywiania dobry. Badanie przedmiotowe wykazało: gorączka 39,4° C, rozsiane ogniska odoskrzelowego zapalenia płuc. — Domięśniowe wstrzyknięcie 2 cm^3 Omnadiny w okolicę pośladkową. Doustnie kofeina i kodeina.

Po trzech dniach gorączka opadła prawie zupełnie, mocne napady kaszlowe trwają jednak nadal. W płucach liczne drobno- i grubobańkowe rzężenia i świsty. Powtórny zastrzyk Omnadiny.

Po dalszych 3 dniach stan bezgorączkowy. Napady kaszlowe nieco rzadsze. Stan płuc jak przy poprzedniem badaniu. Znowu Omnadina. Pozatem doradzono matce, aby wyjechała do innej miejscowości dla zmiany powietrza.

W dalszym przebiegu okazało się, że matka wcale z dzieckiem nie wyjechała, gdyż w dwa dni po ostatniem wstrzyknięciu Omnadiny napady nagle ustały i dziecko szybko powróciło do zupełnego zdrowia. Cała choroba nie trwała nawet 2 tygodni.

Zachęcony tym niezwykle pomyślnym wynikiem autor nadal stosował Omnadinę we wszystkich przypadkach krztuśca.

W roku 1927 nadarzyła się sposobność do wypróbowania tego sposobu leczenia na dużą skalę. Latem wybuchła epidemja odry, na którą zapadło przeszło 500 dzieci. W miesiącach zaś jesiennych, gdy odra zaczęła już wygasać, pojawił się krztusiec. Osobiste doświadczenie autora dotyczy 60 przypadków krztuśca. We wszystkich zastosowano leczenie Omnadiną. Dokonywano 3 wstrzykiwań w ciągu 7 dni. Niemowlętom wstrzykiwano dopośladkowo około 1 cm^3, dzieciom w wieku od 1 do 5 lat — 1,2 cm^3, dzieciom zaś powyżej 6 lat — 1,5 cm^3 Omnadiny.

Po pierwszem wstrzyknięciu wydawało się czasem, że natężenie napadów nawet się wzmagało, co nie powinno jednak być przeszkodą do dokonywania następnych wstrzykiwań. W przypadkach gorączkowych ciępłota zwykle szybko opadała, apetyt poprawił się wyraźnie. Po trzeciem wstrzyknięciu, jak donosiły zgodnie wszystkie matki, napady stawały się znacznie rzadsze i łagodniejsze, dzieci pokasływały jeszcze pewien czas, stan jednak ogólny poprawiał się znakomicie. W ten sposób dzięki Omnadinie można się było obejść bez wszystkich tak zwanych specyfików przeciwkrztuścowych. Przy stosowaniu Omnadiny ani razu nie zauważono żadnych poważniejszych powikłań (krwawień, zapaleń płuc, zaburzeń odżywiania i t. d.). Przebieg choroby był bardzo łagodny i krótki, pomimo że epidemja natrafiła na grunt podatny, wobec wyczerpania dzieci po przebytej poprzednio w wielu wypadkach odrze.

Przypadków śmierci nie było wcale, nawet wśród dzieci poniżej 6 miesięcy. Na uwagę zasługuje również okoliczność, że leczenie Omnadiną jest stosunkowo bardzo tanie, gdyż poza 3 ampułkami Omnadiny można się ograniczyć do łagodnych środków pomocniczych dla złagodzenia kaszlu i duszności.

Dr. I. LEBER. Oddział wewnętrzny Szpitala Miejskiego w Mannheim.

O LECZENIU GOŚCCA WIELOSTAWOWEGO I JEGO POWIKŁAŃ DUŻEMI DAWKAMI PYRAMIDONU.

(Referat według Münch. med. Wschr. 1932, Nr. 17).

W przypadkach powikłań sercowych gośćca stawowego stosowano dotychczas na oddziele wewnętrznym szpitala w Mannheim Phenacetinę (oprócz świeżych roztworów salicylanu sodu), gdyż preparat ten był zawsze doskonale znoszony. Ostatnio autorka zachęcona pracami *Schottmüllera,* który z powodzeniem leczy gościec i jego powikłania dużemi dawkami Pyramidonu, przystąpiła do badań nad wpływem Pyramidonu na przebieg reumatyzmu wielostawowego. Podobnie jak *Schottmüller* autorka podawała do 3 g na dobę.

Z pośród 44 chorych, dotkniętych ostrym gośćcem stawowym, 22 z objawami niezbyt ciężkiemi otrzymywało jako dawkę najwyższą tylko 6 razy dziennie po 0,3 g Pyramidonu, przeciętnie w ciągu 8 — 14 dni. Chorzy znosili te 1,8 g Pyramidonu bardzo dobrze i nie wykazywali żadnych objawów działania ubocznego. Bóle i gorączka ustępowały po kilku dniach. Większość chorych można było już po 2 — 3 tygodniach wypisać jako wyleczonych. Wskazanem jest jednak, aby nadal podawać Pyramidon jeszcze przez pewien czas po ustąpieniu objawów chorobowych. 19 chorym podawano większe dawki Pyramidonu, dochodzące do 2,4 — 3,0 g pro die. Tolerancja tych dużych dawek również była znakomita. Dla niektórych chorych okazało się wystarczające podawanie po 2,4 lub 3,0 g, w ciągu 3 — 4 dni, przebieg choroby u innych wymagał kuracji nieco dłuższej (7 — 14 dni). Trzech chorych na gościec stawowy, powikłany rumieniem guzowatym (Erythema nodosum) oraz dwóch chorych z rumieniem guzowatym i gośćcową skazą krwotoczną (Purpura rheumatica) bez jakiegokolwiek umiejscowienia w stawach, udało się zupełnie wyleczyć zapomocą Pyramidonu w ciągu 1 — 2 tygodni. U trzech chorych z dolegliwościami wielostawowemi stwierdzono jedynie częściową poprawę.

Również u 13 chorych z podostrym gośćcem wielostawowym 2 — 3-tygodniowe podawanie Pyramidonu doprowadziło do zupełnego wyleczenia. W przypadkach, w których po dłuższem podawaniu dużych dawek występowały czasem lekkie mdłości, zastępowano połowę dawki Pyramidonu Veramonem i osiągano zapomocą tej kombinacji leków pomyślne wyniki terapeutyczne. Również i nawroty choroby ustępują bardzo szybko pod wpływem Pyramidonu. Jedynie w dwóch przypadkach kwas salicylowy i wstrzykiwania kwasu fenylocinchoninowego działały lepiej niż Pyramidon.

W 12 przypadkach przewlekłego zapalenia wielostawowego działanie Pyramidonu było nierównomierne. W 9 przypadkach stwierdzono w każdym razie znaczną poprawę. Kilku z pośród tych chorych cierpiało już od wielu lat i dopiero obostrzenie sprawy chorobowej skłoniło ich do zapisania się do szpitala. Niektórzy otrzymywali zaledwie przez kilka dni duże dawki Pyramidonu, które jednak nigdy nie przekraczały 3,0 g na dobę, podczas gdy u innych dla osiągnięcia poprawy trzeba było stosować leczenie pyramidonowe dużemi dawkami w ciągu 3 — 4 tygodni.

U 22 chorych z zapaleniem wsierdzia, jako powikłaniem gośćca stawowego, stwierdzono nietylko szybkie cofanie się zmian stawowych lecz również po-

myślny wpływ na sprawę zapalną na zastawkach sercowych. Na szczególną uwagę zasługiwał szybki i gwałtowny spadek gorączki nawet w tych przypadkach, w których Phenacetina i salicylan sodu okazywały się zupełnie bezskuteczne. Po zbyt wczesnem odstawieniu Pyramidonu gorączka jednak podnosiła się znowu. Z pośród 5 przypadków reumatycznego zapalenia opłucnej w 4-ech przypadkach Pyramidon również przyczynił się do szybkiego spadku gorączki i wyleczenia; w piątym przypadku powodem niereagowania na Pyramidon okazało się gruźlicze podłoże chorego. Jedynie bardzo nieliczni chorzy skarżyli się przy zażywaniu Pyramidonu na mdłości i skłonności do wymiotów.

Warunkiem skuteczności Pyramidonu jako leku przeciwgośćcowego jest podawanie go w dostatecznie dużych dawkach, czyli 6—8—10 razy dziennie po 0,3 g. W razie nawrotu można bez żadnych zastrzeżeń powtórzyć to samo dawkowanie, przyczem niema powodu obawiać się wystąpienia jakichkolwiek przykrych objawów działania ubocznego.

Dr. HERMAN E. PEARSE i dr. STAFFORD L. WARREN, New York

RENTGENOLOGICZNE UWIDOCZNIANIA TĘTNIC KOŃCZYN W SCHORZENIACH NACZYŃ OBWODOWYCH.

(Referat według Ann. Surg. 1931 Nr. 6).

W przypadkach schorzeń naczyń obwodowych dokładne poznanie stopnia zmian chorobowych przedstawia zasadniczy warunek zarówno odpowiedniego leczenia jak i uzasadnionego rokowania. Autorzy dążąc do uwidocznienia na zdjęciu rentgenowskiem naczyń krwionośnych, a zwłaszcza mniejszych tętnic, wypróbowali liczny szereg różnych środków kontrastowych, lecz nie udawało im się otrzymać dostatecznie wyraźnych zdjęć. Dopiero zastosowanie dla celów arterjografji Abrodilu umożliwiło dokonywanie zdjęć, uwidoczniając doskonale stan, przebieg i drożność naczyń tętniczych kończyn. Jodek sodu i olejki jodowane nie nadają się zresztą dla stosowania w celach rozpoznawczych, gdyż wpływają ujemnie na ściany naczyniowe i wstrzykiwanie ich nie jest pozbawione niebezpieczeństwa. Abrodil wypróbowano już z doskonałym wynikiem przy pyelografji dożylnej i przekonano się, że tolerancja jego jest doskonała i że ustrój znosi bez żadnej szkody dożylne wstrzyknięcie nawet 40 g. Otóż Abrodil w dawce 20 g lub mniej, wstrzyknięty w 40%-owym roztworze, jest w stanie doskonale uwidocznić sieć naczyniową. W doświadczeniach na psach wstrzykiwano w ciągu 5 minut dotętniczo roztwór 50%-owy. Pozatem wyodrębniano pętlę naczyniową, wyciskano z niej krew i wykluczano tę pętlę z krwiobiegu zapomocą gumowych klamerek. Pusty odcinek

tętnicy wypełniono 50%-ym roztworem Abrodilu, poczem po upływie 5 minut klamerki zwolniono. Histologiczne badanie ściany tętnicy, dokonane po 24 i 48 godzinach, nie wykazało żadnych oznak zakrzepu lub uszkodzenia błony wewnętrznej. — W zastosowaniu klinicznem, w przypadkach chorób tętnic zamykających światło naczyń, wstrzykiwano roztwory 40%-owe lub nawet słabsze, gdyż okazały się one zupełnie dostateczne dla celów arterjografji. Technika autorów była następująca: Oddziela się operacyjnie tętnicę udową od żyły i nerwu i uciska się ją. Kaseta filmowa leży pod kończyną, aparat rentgenowski, gotowy do zdjęć, nad kończyną. Igłę wkłuwa się ukośnie do tętnicy. Strzykawka powinna być pojemności 50 cm³. Po wstrzyknięciu około 25 cm³ wykonywa się, nie przerywając wstrzykiwania, pierwsze zdjęcie. Podczas zmiany kasety wstrzykiwanie się przerywa i podczas wstrzykiwania ostatnich 5 cm³ robi się drugie zdjęcie. Całe postępowanie nie powinno trwać dłużej niż 1½ minuty. Krwawienie jest minimalne i wynosiło u jednego hipertonika z ciśnieniem 280 mm Hg zaledwie 3—4 kropel. W dwóch przypadkach z pośród 7 obserwowanych nie trzeba było dokonać amputacji. Tolerancja dotętniczych wstrzykiwań Abrodilu okazała się doskonała. Ani razu w przypadkach operowanych jak i nieoperowanych nie spostrzegano żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego.



Arterjografja zapomocą Abrodilu:
Niedrożność A. tibialis posterior; dobre wypełnienie A. dorsalis pedis i mniejszych naczyń

Metoda arterjografji zapomocą Abrodilu umożliwia ścisłe rozpoznanie nietylko w przypadkach Endarteriitis obliterans lecz również i w licznych innych stanach chorobowych, np. tętniaki, głębokie zapalenie żył, guzy i t. d. *Pearse i Warren* przeprowadzają obecnie badania nad zastosowaniem omawianej metody dla celów arterjografji mózgowej w przypadkach guzów mózgu.

Dr. E. KEESER i dr. J. KEESER. Zakład Farmakologji Uniwersytetu w Berlinie.

W SPRAWIE PUNKTU UCHWYTU ŚRODKÓW NASENNYCH W MÓZGU.

(Referat według Arch. f. exp. Pathol. und Pharm, tomy 125 i 128).

Dla określenia środkowego punktu uchwytu środków nasennych autorzy wstrzykiwali królikom trójwartościowe sole żelazowe różnych kwasów barbiturowych. Po dożylnem wstrzyknięciu takiego związku żelazowego króliki natychmiast zapadały w głęboki sen. Następnie zabijano je przez wykrwawienie, utrwalano mózg w formolu i wykrywano histochemicznie obecność żelaza. Stwierdzenie znaczniejszej ilości żelaza, które poprzednio było związane z paranovalem, kwasem fenyloetylo — lub dwuallylo-barbiturowym, w ściśle określonych częściach układu nerwowego dowodzi, według autorów, że te części rządzą zjawiskiem snu. Przy zastosowaniu srebrowych połączeń kwasu barbiturowego znajdywano w tych samych miejscach srebro. Można uczynić, oczywiście, zarzut, że w mózgu stwierdza się, coprawda, w odnośnych miejscach żelazo (lub srebro), lecz nie kwas barbiturowy. Zarzut ten nie jest jednak uzasadniony, jak tego dowodzą następujące doświadczenia: Autorzy wstrzykiwali królikom srebrowe związki kwasów fenyloetylo — lub dwuetylobarbiturowego (Veronal, Luminal) lub też dwuallylobarbiturowego, poczem zabijali zwierzęta doświadczalne, utrwalali ich mózgi i izolowali wzgórze (thalamus), śródmózgowie, móżdżek, most i rdzeń przedłużony. Następnie zapomocą specjalnego sposobu postępowania otrzymali z poszczególnych części środki nasenne w krystalicznej postaci. Otóż ze wzgórza zawsze udawało się otrzymać środek nasenny w stosunkowo dużej ilości, w nieco mniejszej zaś z ciała prążkowanego. W korze mózgowej, w móżdżku i w innych częściach mózgu nie stwierdzono obecności środków nasennych. Badania te są zupełnie zgodne z badaniami histochemicznemi, dotyczącemi obecności związanego ze środkami nasennemi żelaza lub srebra.

Jeżeli wstrzykiwać dożylnie królikom 40—70 mg na kg wagi Veronalu, Luminalu lub kwasu dwuallylobarbiturowego, a następnie po 1/2, 3, 5, 10 i 14 godzinach zabijać je przez skrwawienie, wówczas we krwi można stwierdzić obecność środka nasennego jeszcze najwyżej po 1 1/2 godz., podczas gdy w międzymóżdżu, we wzgórzu i nieco mniej w ciele prążkowanem znajdujemy kwas barbiturowy jeszcze po upływie 14 godzin; natomiast w półkulach mózgowych, w śródmóżdżu, w rdzeniu przedłużonym, w moście i w móżdżku nie znajdywano nawet śladów środków nasennych.

Nie wolno, oczywiście, z tych doświadczeń wyciągać bez żadnych zastrzeżeń wniosku, że Thalamus i Corpus striatum okazują regulujący wpływ na czynności snu, podobnie np. jak przy jakiemś uszkodzeniu dróg piramidowych w rdzeniu, które wywołują porażenie spastyczne, niewolno twierdzić, że w miejscu uszkodzenia znajduje się ośrodek regulacyjny dla napięcia mięśni kończyn dolnych. W każdym jednak razie wyniki badań upoważniają do twierdzenia, że wymienione części mózgu należy uważać za punkty uchwytu dla kwasów barbiturowych i ich pochodnych. Kora mózgowa jako punkt uchwytu dla środków nasennych nie wchodzi więc wcale w rachubę. Również i pewne objawy toksyczne przy zatruciach kwasem barbiturowym, jak zaburzenia mięśni ocznych i pewne podobieństwo zatrucia środkami nasennemi do Polioencephalitis haemorrhagica, przemawiają za znaczeniem międzymóżdża przy działaniu środków nasennych. Badania autorów nie wykluczają, oczywiście, że również i kora mózgowa okazuje współudział przy występowaniu snu, lecz sam sen dochodzi jednak do skutku nie wyłącznie z powodu wpływów korowych, lecz przy jednoczesnym wpływie również i zwojów podkorowych.

Istnieją również spostrzeżenia z innych dziedzin doświadczalnych, dowodzące, że obecność półkul mózgowych nie jest niezbędnie potrzebna dla powstawania zjawiska snu. Otóż psy i gołębie pozbawione operacyjnie półkul mózgowych wykazywały okresową zmianę stanu czuwania i snu, również i makaki bez mózgu mogły się samoistnie poruszać i zapadać w stan podobny do snu.

W dalszych swych doświadczeniach autorzy wstrzykiwali do żyły usznej królików kofeinę i stwierdzali jej obecność we wszystkich częściach mózgu. Morfinę wykrywano głównie w międzymóżdżu i w półkulach mózgowych. W śródmóżdżu, moście, rdzeniu przedłużonym i móżdżku nigdy nie znajdywano morfiny.

Dr. BEATE BRAUSIL, Klinika Wewnętrzna Uniwersytetu w Zagrzebiu.

CZEM MOŻNA ZASTĄPIĆ CUKIER W POŻYWIENIU CHORYCH CUKRZYCOWYCH?

(Referat według Terapeutski Vjesnik 1932, Nr. 6 — 7).

Lekkie i średnio-ciężkie przypadki cukrzycy znoszą glukoheksozę Sionon bardzo dobrze. Ustrój chorego na cukrzycę z łatwością przerabia Sionon na glikogen. Kaloryczne wykorzystanie Sionon przez diabetyków również jest bardzo dobre. Słodycz Sionon odpowiada w przybliżeniu $^1/_3$ słodyczy cukru trzcinowego lub gronowego; równoważnik kaloryczny jest prawie taki sam jak dekstrozy (100 g Sionon = 390 kalorjom). Organizm wykorzystuje 98% wchłoniętego Sionon, co nie wywołuje jednak we krwi obwodowej znaczniejszego podniesienia poziomu cukru. W przypadkach lekkiej i średnio-ciężkiej cukrzycy nawet długotrwałe zażywanie Sionon nie powoduje zwiększenia cukromoczu. Sionon nadaje się doskonale do przygotowania potraw dla diabetyków, gdyż rozpuszcza się bardzo łatwo w gorącej wodzie, a przy gotowaniu i pieczeniu posiada prawie te same własności, co zwykły cukier trzcinowy.

Dawka dobowa Siononu, którą chorym cukrzycowym można podawać zamiast węglowodanów, wynosi 30—70 g; dawkę tę należy podać w kilku pojedyńczych mniejszych porcjach. Zażycie większej dawki Siononu naraz wywołuje zwykle biegunki, charakterystyczne zresztą i dla wszelkich innych węglowodanów spożytych w nadmiernej ilości. Na kwasicę Sionon wybitniejszego wpływu nie wywiera. Podany również i w postaci czekolady Sionon nie traci swych cennych własności namiastki węglowodanowej, dobrze znoszonej przez diabetyków. Autorka badała wpływ czekolady Siononowej *) na węglowodanową przemianę materji diabetyków.

Czekoladę Siononową podawano chorym cukrzycowym naczczo. Po dawce 25 g poziom cukru we krwi podnosił się w ciągu godziny u osób zdrowych o 4—17 mg %; w przypadkach lekkiej cukrzycy cukier we krwi po 25 g czekolady Siononowej podnosił się najwyżej o 11—15 mg %, co do pewnego stopnia mogło zależeć od niewielkiej zawartości w czekoladzie zwykłych węglowodanów; po 3 godzinach glikemja powracała do punktu wyjściowego. W przypadkach cukrzycy średnio-ciężkiej 25—50 g czekolady z Siononem również nie wywoływały znaczniejszej glikemji, która podnosiła się o 15—30 mg %. Po upływie 3 godzin zawartość cukru we krwi osiągała poziom, na którym była przed zjedzeniem czekolady. Również i w przypadkach ciężkiej cukrzycy glikemja wracała po 3 godzinach do punktu wyjściowego. Cukromoczu nie stwierdzono ani razu. Przy obciążeniu dekstrozą lub lewulozą poziom cukru we krwi podnosił się bardzo szybko. Szczyt glikemji utrzymuje się przez pewien czas na jednakowym poziomie, poczem obniżanie się następuje bardzo powoli, tak że cukier we krwi dochodzi w takich przypadkach do swego punktu wyjściowego dopiero znacznie później. Z badań powyższych wynika, że czekolada Siononowa nadaje się doskonale dla uzupełnienia diety chorych cukrzycowych. Czekolada taka ma bardzo dobry smak, nie ustępujący pod żadnym względem zwykłej czekoladzie. Chorzy spożywają tę czekoladę bardzo chętnie.

Dr. W. BECK, IV Klinika wewnętrzna Uniw. w Berlinie.

O LECZENIU KRZYWICY VIGANTOLEM.

(Referat według Therapie der Gegenwart t. 29, z. 9).

Autor omawia leczenie krzywicy naświetlaną ergosteryną, stosowaną w postaci standaryzowanego Vigantolu. Materjał autora składał się przeważnie z przypadków ciężkiej krzywicy. Wiek dzieci wahał się od 5 do 18 miesięcy. W poszczególnych przypadkach krzywicę wikłały jeszcze inne stany chorobowe, pogarszające ogólne rokowanie. Wpływ leczniczy Vigantolu był bardzo wybitny. W krótkim czasie następowała w obserwowanych przypadkach

*) Czekoladę z Siononem wytwarza w Polsce firma E. Wedel, Warszawa.

znaczna poprawa lub zupełne wyleczenie. Zarówno poprawa kliniczna jak i zmiany chemiczne we krwi były pod wpływem leczenia witaminą D o wiele wybitniejsze niż przy wszelkich innych dotychczas stosowanych sposobach leczenia. Jako przykłady pomyślnego stosowania Vigantolu autor podaje 3 historje chorób dzieci dotkniętych ciężką postacią krzywicy.

1. H. P. Pięciomiesięczne dziecko, urodzone w grudniu. 4 miesiące karmione piersią, potem mlekiem pełnowartościowem. Przy przyjęciu do szpitala stwierdzono objawy daleko posuniętej krzywicy, hipotonję mięśniową, bladość, ciemiączka szerokości $1^1/_2$ palca, craniotabes, rozszerzenia nasad kostnych, kubkowate nasady przedramion; ponadto zapalenie płuc w prawym górnym płacie. Dziecko otrzymuje 2 razy dziennie po 5 kropel Vigantolu. Po upływie 6 tygodni dziecko znacznie mocniejsze, zapalenie płuc minęło, ciemiączka zmniejszyły się; zawartość fosforu we krwi podniosła się z 3,2 mg% do 6 mg%. Na zdjęciu rentgenowskiem stwierdza się wyraźne odkładanie się złogów wapniowych.

2. U. W. $1^1/_2$-roczne dziecko, urodzone w grudniu. Craniotabes, ciemiączka szerokości 3 poprzecznych palców, znaczne rozdęcie nasad kostnych. Na kliszy rentgenowskiej stwierdza się ciężkie zmiany krzywicowe. Pod wpływem kuracji Vigantolowej, dziennie 2×5 kropel, dziecko w ciągu 7 tygodni poprawiło się znakomicie, ciemiączka zamknęły się, poziom fosforu we krwi podnosi się z 2,9 do 5,0 mg%. Również i zdjęcie rentgenowskie potwierdza w zupełności kliniczne wyleczenie.

3. H. C. Półroczne dziecko, urodzone w grudniu. Bardzo blade, hipotonja mięśniowa, hematurja, czaszka kwadratowa, craniotabes znacznego stopnia, ciemiączka szerokości 3 poprzecznych palców, utajona tężyczka, hipofosfatemja, zapalenie lewego dolnego płata płucnego, stolce dyspeptyczne. Pod wpływem podawania Vigantolu hematurja i gorączka ustępują w ciągu 4 tygodni, zmiany płucne cofają się bez śladu. Poziom fosforu z 2,4 mg% podnosi się po 6 tygodniach do 4,8 mg%. Szerokość ciemiączek wynosi już tylko 2 poprzeczne palce. Na zdjęciu rentgenowskiem stwierdza się oznaki wyleczenia krzywicy.

Powyższe 3 przykłady ilustrują doskonale szybki i energiczny wpływ Vigantolu na sprawę krzywiczą. Wobec tego, że dzieci te cierpiały ponadto na zapalenie płuc, choroba przebiegała u nich szczególnie ciężko i wyleczenie pod wpływem podawania witaminy D następowało wolniej niż zwykle.

Pierwszą oznaką poprawy pod wpływem Vigantolu jest ustępowanie hipofosfatemji i zwiększanie się odkładania wapnia. Jednocześnie z tą zmianą mineralnej przemiany materji stwierdza się poprawę napięcia mięśniowego, dziecko zaczyna stawać na nóżkach i nabiera chęci do wykonywania ruchów. Pomyślne zejście zapalenia płuc i jednoczesne wyleczenie krzywicy są dowodem energicznego działania Vigantolu na zaburzenia podstawowe i pomyślnego wpływu na zmniejszoną odporność osłabionego organizmu, która w przypadkach ciężkiej krzywicy bywa nierzadko powodem katastrofy. Dzieci otrzymują obecnie nadal małe dawki Vigantolu i znajdują się w kwitnącym stanie zdrowia; w rozwoju, zdolności siedzenia i stania nie różnią się niczem od normalnych dzieci. Na uwagę zasługuje okoliczność, że Vigantol nie wywoływał żadnych niepożądanych objawów działania ubocznego i wszystkie dzieci znosiły go doskonale.

Dr. H. K. WINTERFELD, Rostock.

OPTARSON, ŚRODEK LECZNICZY NASZYCH CZASÓW.

(Referat według Med. Klinik 1928, Nr. 15).

Dzisiejsze trudne stosunki gospodarcze wywołują o wiele wcześniejsze niż dawniej wyczerpanie sił psychicznych i fizycznych. Szybkie męczenie się umysłu, związane ze stanami osłabienia i niedokrwistości, bywa obecnie bardzo często przyczyną nerwicy depresyjnej. Dla zwalczania tego stanu zalecano liczny szereg leków. Tak zwane środki odżywcze dla nerwów nie okazują jednak prawie żadnego działania leczniczego, a działanie tak zwanych środków pobudzających jest przeważnie bardzo krótkotrwałe. Jedynie strychnina, zwłaszcza w połączeniu z arsenem, okazuje dobre wyniki lecznicze. Takim preparatem arsenowo-strychninowym jest Optarson. Ludzie niezdolni do pracy, przepracowani, zniechęceni i neurastenicy, szczególnie o skłonnościach depresyjnych, poprawiają się pod wpływem Optarsonu bardzo szybko i odzyskują swe dawne siły fizyczne i duchowe. Pacjenci są w stanie o wiele więcej i dłużej pracować umysłowo, nie odczuwając zmęczenia; przygnębiony neurastenik znowu nabiera wiary we własne siły i staje się zdolnym do pracy człowiekiem. Euforja, występująca pod wpływem Optarsonu, ma szczególnie duże znaczenie w leczeniu neurasteników, u których przygnębienie psychiczne bywa częstokroć jedynym powodem pozornej niewydolności fizycznej.

Zawarta w Optarsonie strychnina okazuje ponadto lepszy wpływ na potencję niż yohimbina, powodująca częstokroć występowanie niepożądanych objawów ubocznych. Wobec tego, że również i osłabienie płciowe bywa nierzadko powodem neurastenji, należy i z tego punktu widzenia uznać Optarson za cenny środek leczniczy. Przy podawaniu doustnem strychnina zawodzi zupełnie; działanie jej ujawnia się dopiero przy wstrzykiwaniach podskórnych. Według *Winterfelda* dotychczas stosowane dawkowanie Optarsonu jest nieco za słabe, gdyż przy wstrzykiwaniu co drugi lub trzeci dzień, poprawa następuje zbyt powoli. Z tego względu autor wstrzykuje codziennie 1 cm^3, przyczem cała kuracja składa się z 24 lub 36 wstrzykiwań. Pomimo tych częstszych wstrzykiwań *Winterfeld* ani razu nie spostrzegał najmniejszych nawet objawów szkodliwego działania ubocznego. Kuracja autora, nieco energiczniejsza niż dotychczas zwykle stosowana, sprawiała, że chorzy złamani duchowo i wyczerpani fizycznie odzyskiwali swą zachwianą równowagę psychiczną i utraconą zdolność do pracy. Nawet codzienne wstrzykiwania po 2 cm^3 Optarsonu nie wywoływały żadnych niepożądanych objawów, z czego autor wnioskuje, że przedawkowanie nie grozi żadnem niebezpieczeństwem.

Szczególna zaleta Optarsonu polega według autora na tem, że jego pomyślne działanie lecznicze nie było przemijącem, lecz utrzymywało się długi czas.

Dr. C. W. BOTTEMA, Den Helder, chwilowo Batawia.

ZNACZENIE KOMBINOWANEGO LECZENIA SALVARSANOWEGO DLA NASTĘPSTW KIŁY.

(Referat według Arch. Derm. u. Syph. 1932, tom 164).

W marynarce holenderskiej prowadzi się od 1900 r. szczegółowe karty zdrowia wszystkich marynarzy. Karty te zwłaszcza odnośnie do objawów zakażenia kiłowego są prowadzone bardzo dokładnie. Autor wykorzystał ten materjał dla stwierdzenia różnic przebiegu kiły u osobników zupełnie nieleczonych, leczonych wyłącznie rtęcią oraz leczonych metodą kombinowaną. Przy metodzie kombinowanej autor odróżnia dwie podgrupy: w pierwszej wstrzykiwano Salvarsan w dawkach stosunkowo niewielkich, w drugiej zaś w dawkach dostatecznie dużych. Autor badał wpływ zakażenia kiłowego na wątrobę, serce i naczynia krwionośne, układ mózgowo-rdzeniowy, na objawy paraluetyczne i na stan źrenic. Z przytoczonych w oryginalnej pracy szczegółowych tablic statystycznych wynika w sposób niewątpliwy znaczna przewaga leczenia Salvarsanem nad leczeniem rtęciowem. Częstość występowania objawów kiłowych ze strony narządów wewnętrznych lub układu nerwowego jest przy stosowaniu Salvarsanu dwa do trzech razy mniejsza niż przy wszelkich innych sposobach postępowania. Energiczne kombinowane leczenie salvarsanowe daje najpomyślniejsze wyniki terapeutyczne. Salvarsan można uważać za środek zapobiegawczy przed występowaniem nawrotów kiły.

Pinkus (Berl. med. Ges. 1924) oraz *Ming Chen Cheng* (Arch. f. Dermat. 1925, tom 149) również porównywali przebieg kiły u osobników nieleczonych, leczonych rtęcią i leczonych Salvarsanem. *Pinkus* na podstawie badania 4,700 syfilityków dochodzi do wniosku, że leczenie Salvarsanem nie zwiększa ilości przypadków wiądu rdzenia. *Ming Chen Cheng* na materjale 3026 syfilityków określa ilość przypadków wiądu rdzenia wśród nieleczonych na 14,1%, wśród leczonych rtęcią na 5,8% i wśród leczonych Salvarsanem na 5,0%.

Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że kiła nieleczona przebiega znacznie gorzej niż leczona. Jedyny wyjątek w porównaniu z przypadkami leczonemi rtęcią stanowi wątroba. Rtęć nie zmniejsza częstości nawrotów ze strony narządów wewnętrznych, a sprzyja nawet powstawaniu chorób wątroby, a może nawet serca i naczyń, ogranicza natomiast występowanie objawów paraluetycznych i kiły mózgowo-rdzeniowej. Kombinowana terapja salvarsanowa usuwa w 97 — 100% również i trudno uleczalne objawy i chroni przed nawrotami trzewiowo-mózgowo-rdzeniowemi w 25 — 50%. W 77 — 80% Salvarsan chroni chorych przed objawami paraluetycznemi, przedewszystkiem przed chorobami serca, następnie kiłą mózgowo-rdzeniową i nieco mniej pewnie przed chorobami wątroby. Niedostateczne leczenie Salvarsanem nie sprzyja bynajmniej występowaniu paraluesu, lecz może się przyczyniać do zwiększenia się częstości nawrotów ze strony poszczególnych narządów (układu nerwowego).

Przy stosowaniu dawek dostatecznie dużych osiąga się w 80% Sterilisatio magna w znaczeniu *Ehrlicha.*

Im później chory zgłasza się do leczenia, tem mniejsze są szanse zupełnego wyleczenia. Konieczność możliwie wczesnego rozpoczęcia kuracji salvarsanowej wynika z poniższej tablicy, określającej odsetek wyleczeń w zależności od okresu, w którym rozpoczęto leczenie:

94%	wyleczeń	przy	kile	I	z odczynem	WR	ujemnym
97%	„	„	„	I	„	„	nieznanym
72%	„	„	„	I	„	„	dodatnim
78%	„	„	„	II			

Na podstawie spostrzeżeń klinicznych *Bottema* uważa, że obawa, iż słabe leczenie Salvarsanem w okresie przedwysypkowym kiły może ujemnie wpłynąć na dalszy przebieg choroby, jest do pewnego stopnia uzasadniona; nie ma ona jednak żadnego znaczenia praktycznego, gdyż naogół stosuje się obecnie leczenie dostatecznie energiczne, o wiele silniejsze niż dawniej. *Bottema* mógł potwierdzić słuszność spostrzeżeń *Jadassohna,* który zwracał uwagę na nieuzasadnioną obawę przed niepomyślnym wpływem energicznego leczenia pierwszo- i drugorzędowej kiły z dodatnim odczynem Wassermanna, lecz ostrzegał jednocześnie przed leczeniem wczesnem, przeprowadzanem w sposób niedostateczny.

Dr. Franciszka CORDES, Berlin.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA KLIMAKTERYCZNYCH OBJAWÓW PODRAŻNIENIA.

(Referat według Therapie der Gegenwart, tom 28, z. 9).

Autorka wyraża pogląd, że objawy okresu przekwitowego należy ujmować jako nerwicę, a w cięższych przypadkach nawet jako psychozę. Bezsenność, stany podrażnienia lub przygnębienia, fobje, wzmożona pobudliwość i przykre uczucia podmiotowe — oto główne objawy chorobliwego stanu pacjentek. Leczenie dolegliwości związanych z okresem przekwitowym jest bardzo trudne; wyciągi jajnikowe wskazane są jedynie przy przekrwieniu podbrzusza, gdyż preparaty jajnikowe działają „na podobieństwo upustu krwi". Jeżeli tych objawów przekrwienia narządów miednicy niema, wówczas preparaty jajnikowe mogą nawet zaszkodzić, wzmagając jeszcze bardziej objawy podrażnienia. Preparaty walerjanowe i bromowe sprawiają ulgę jedynie w lekkich przypadkach. Stosunkowo najlepsze wyniki osiąga się zapomocą małych dawek Luminalu. Autorka podawała swym pacjentkom Luminaletki zawierające po 0,015 g Luminalu. Małe te dawki nie posiadają wcale wpływu nasennego i okazują jedynie działanie uspokajające. Przeciętna dawka dobowa wynosi 4 — 6 Luminaletek. Kuracja małemi dawkami Luminalu powinna trwać tak długo, aż nie osiągnie się widocznej poprawy, co zwykle występuje stosunkowo szybko. Dla utrwalenia jednak wyniku należy podawać nadal Lumi-

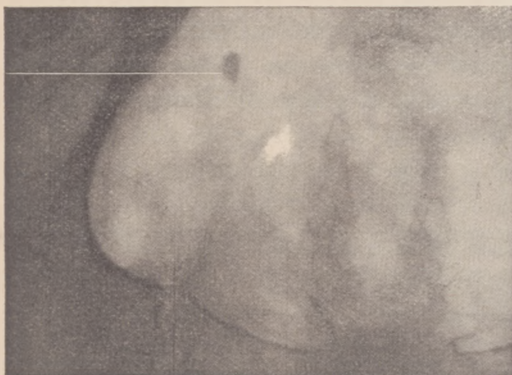
nal jeszcze przez dłuższy czas. Najlepsze wyniki osiąga się, podając Luminal naprzemian w dawkach wzrastających i zmniejszających się. Kurację taką można przeprowadzać dowolnie długo, gdyż ustrój nie przyzwyczaja się do Luminalu i nie zachodzi potrzeba zwiększania dawek. Wobec tego, że Luminal działa spazmolitycznie na stany skurczowe narządu pokarmowego i oddechowego, okazuje on dodatni wpływ leczniczy również i na inne dolegliwości pacjentek. Poza zapisaniem Luminalu nie wolno, oczywiście, zaniedbywać mającego bardzo duże znaczenie leczenia psychicznego.

Dr. W. BRANDESKY, Szpital im. Rudolfa, Wiedeń.

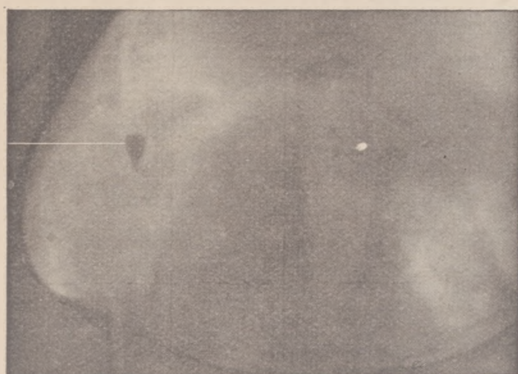
O KAMIENIACH NERKOWYCH I MOCZOWODOWYCH.

(Referat według Wien. Klin. Wschr. 1932, Nr. 26)

Dla zachowawczego leczenia kamieni moczowodowych autor stosuje już oddawna Hypophysinę („mocną"), którą codziennie wstrzykuje domięśniowo w dawce po 1 cm^3. Jeżeli bóle stają się zbyt mocne, wstrzykuje się jedynie co drugi dzień. Hypophysina wchodzi, oczywiście, w rachubę tylko w tych przypadkach, w których wielkość kamienia pozwala na odejście per vias naturales. Dla uśmierzenia bólu *Brandesky* stosuje Novalginę, która wyróżnia się znaczną siłą swego działania przeciwbólowego i wyklucza ponadto niebezpieczeństwo przyzwyczajenia. *Brandesky* podaje Novalginę przeważnie domięśniowo, w przypadkach ciężkich również i dożylnie. W przypadkach, w których Novalgina już nie działała, również i inne środki, a nawet alkaloidy makowca, nie były w stanie uśmierzyć bólu. W takich uporczywych przypadkach jedynym pewnym sposobem jest zastosowanie znieczulenia paravertebralnego.



1. Kamień wielkości grochu w prawym moczowodzie u 64-letniego mężczyzny.



2. Przesunięcie się kamienia ku dołowi po 3 wstrzyknięciach Hypophysiny (Po dalszych 4 wstrzyknięciach—odejście kamienia).

KRESIVAL

Idealny środek wykrztuśny we wszystkich ostrych i przewlekłych chorobach narządu oddechowego i górnych dróg oddechowych.

Kresival ułatwia wykrztuszanie,
łagodzi podrażnienie kaszlowe,
poprawia apetyt,
działa przeciwzapalnie.

Nadaje się zwłaszcza dla praktyki dziecięcej.

OPAKOWANIE ORYGINALNE: *flaszki po 125 g zł. 5.50.*

»Bayer-Meister Lucius«


LEVERKUSEN a. Rh.

Wyłączna Reprezentacja na Rzeczpospolitą Polską:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawa, Hipoteczna 5, skrzynka pocztowa 748

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Przebieg zapalenia mózgu wikłającego szczepienie ospy.

Autor badał los 11 chłopców i 16 dziewczynek, u których w związku ze szczepieniem ospy, dokonanem w latach 1928 — 1931, wystąpiło zapalenie mózgu. Otóż u wszystkich 27 dzieci stwierdzono zupełne wyleczenie i to nawet w tych przypadkach, w których ostry okres choroby przebiegał bardzo groźnie. Zaledwie w jednym przypadku szczepionym w r. 1931 stwierdzono pozostałości niedowładu nerwu odwodzącego. U żadnego dziecka nie stwierdzono pogorszenia władz umysłowych. Poszczepienne zapalenie mózgu jest więc chorobą, która albo kończy się śmiertelnie, albo prowadzi do zupełnego wyleczenia.

Dr. O. Kudelka,
Wiedeński Urząd Zdrowia.
(M. M. W. 1932, Nr. 10).

Endemje płonicy w zamkniętych zakładach.

Autor opisuje endemję płonicy w zamkniętym dziecięcym „Domu Zdrowia". Przypadki miały przebieg lekki lub średniociężki. Pomimo izolacji chorych dzieci epidemja przenosiła się do coraz to nowych grup. Dokładne dochodzenie wykazało, że lekarz był nosicielem laseczników płonicy. W związku z tem dokonano biernego uodpornienia całego personelu zakładowego. 14 dorosłym osobom wstrzyknięto po 5 cm^3 stężonej surowicy płoniczej. Endemja szybko wygasła.

Przy dwóch następnych grożących endemjach zastosowano oprócz wszystkich zwykłych środków ostrożności jeszcze podawanie Panflaviny w pastylkach. Zagrożone dzieci zażywały w ciągu 8—10 dni po 5—6 tabletek dziennie. Również i lekarz oraz cały personel pomocniczy zażywali pastylki Panflaviny. Wynik okazał się nadzwyczaj pomyślny: już po 5—10 dniach badanie rozmazu z gardła nosicieli laseczników nie wykazywało u nich obecności zarazków płonicy. Odkażenie jamy gardzielowej przez Panflavinę było trwałe, gdyż również i późniejsze badania dawały stale wynik ujemny. Również i *Brunthaler* i *Wülffing* (Dtsch. med. Wschr. 1927) zwrócili uwagę na wielką wartość Panflaviny, jako środka chroniącego przed rozszerzaniem się płonicy.

Dr. E. Slawik.
Dziecięcy Dom Zdrowia
w Dittersbach.
(Arch. f. Kinderheilk. 1932, tom 95).

Wpływ Novasurolu na moczówkę prostą.

Autor omawia wpływ wstrzykiwań Novasurolu na moczówkę prostą. Novasurol podnosi ciężar gatunkowy moczu i zwiększa wydzielanie chlorków w moczu, podczas gdy wydzielanie mocznika nie zmienia się wcale. *Capo* jest zdania, że w tych postaciach moczówki prostej, których istota polega głównie na osłabieniu zdolności nerek do stężania moczu, Novasurol wywołuje znaczne zwiększenie się wydzielania chlorków, któremu może towarzyszyć ograniczenie diurezy. W przypadkach zaś, w których istnieją również zaburzenia diurezy wodnej, dochodzi, coprawda, również do zwiększonego wydalania chlorków w moczu, dobowa ilość moczu jednak nie zmniejsza się.

Dr. R. Capo,
Klinika wewnętrzna, Bari.
(Rass. Ter. e Pat. clin. 1931, tom 3).

Szybkie usuwanie szczękościsku przez znieczulenie mięśni żwaczy.

Częstemi przyczynami powstawania szczękościsku są następujące sprawy chorobowe: zwichnięcie szczęki dolnej, ropienie migdałków podniebiennych lub ich otoczenia oraz trudne przerzynanie się zębów mądrości. Otóż w przypadkach takich *Folliasson* zaleca wstrzykiwanie do zstępującej części mięśni żwaczy 5 cm³ 1%-owego lub 2%-owego roztworu Novocainy. Szczękościsk ustępuje już po 5—10 minutach i pacjent może znowu otworzyć usta.

Dr. Folliasson.
(La Semaine Dentaire 1932, Nr. 4).

Salyrgan jako środek moczopędny.

W przypadkach obrzęków sercowych autorzy wstrzykują początkowo ½ cm³ Salyrganu dożylnie, rzadziej domięśniowo, następnie przy dobrej tolerancji podnoszą dawkę do 1—2 cm³. Dawkę tę można w razie potrzeby powtarzać co 3 dni. Pewna chora otrzymała w ciągu 6 miesięcy 34 wstrzykiwania. Wobec tego, że działanie moczopędne Salyrganu było zupełnie dostateczne, chlorku amonu lub innych preparatów zakwaszających nie dodawano, aby uniknąć zaburzeń żołądkowych.

Z pośród 60 pacjentów, którym wstrzykiwano Salyrgan, 46 cierpiało na choroby serca z objawami zastoinowemi, 8 miało marskość wątroby, 4 raka, 1 nefrozę, 1 torbiel jajnika. Pomimo, że prawie ⅓ chorych znajdowała się już w końcowym, daleko posuniętym okresie choroby, udało się w 80% przypadków znacznie powiększyć minimalną uprzednio diurezę, która w 55% dwukrotnie przewyższała ilość przyjmowanych płynów, w 25% przewyższyła ją nawet trzykrotnie. Jeden chory na serce stracił w ciągu 4 dni 21 kg. Nadmiernie dużej diurezy należy, oczywiście, unikać.

Sprague i Graybiel są zdania, że Salyrgan przedstawia preparat nadzwyczaj skuteczny i stosunkowo nietrujący i że wobec tego nie należy z jego stosowaniem zwlekać zbyt długo i zwracać się do niego dopiero jako do ostatniej deski ratunku, lecz stosować go przy wszelkich oznakach zatrzymania wody w ustroju już możliwie wcześnie.

Dr. Sprague i *dr. Graybiel*, Boston.
(The New England Jl. of Med. 1931, tom 204).

Oddech Cheyne-Stokes'a.

Autorzy stosowali u chorych z oddechem *Cheyne-Stokes'a* Hexeton. Wyniki okazały się całkowicie zadowalniające. W przypadkach anoksemji na tle zaburzeń płucnych bardzo skutecznem okazało się leczenie tlenem z jednoczesnem podawaniem Hexetonu.

Dr. Dautrebande i *dr. Regnier.*
(Arch. Intern. de Med. exper., 1931).

Kallikreina (= Padutina).

W przypadkach nadciśnienia samoistnego Padutina stale obniża ciśnienie krwi i to nierzadko na bardzo długi czas. Przy nadciśnieniu natomiast na tle nerkowem stosowanie Padutiny nie jest wskazane. Dusznica bolesna reaguje na Padutinę w sposób różnorodny. Wyniki bardzo pomyślne i przypadki zupełnego nieoddziaływania stają się zrozumiałe, jeżeli uwzględnić różnorodne pochodzenie zespołu objawów, określanego jako dusznica bolesna. Stosowanie Padutiny jest szczególnie wskazane zwłaszcza w chorobach polegających na niedostatecznem zaopatrywaniu w krew określonych odcinków ciała, jak claudicatio intermittens, thromboangiitis obliterans, początki miażdżycy i choroba Raynauda. W przypadkach daleko posuniętej zgorzeli miażdżycowej, istniejące zwykle zakażenie wtórne utrudnia skuteczne przeprowadzenie leczenia zachowawczego zapomocą Padutiny. Padutina wpływa przeważnie pomyślnie na trudno gojące się owrzodzenia. Również i przypadki skórnych zmian porentgenowskich i po zatruciu sporyszem reagowały pomyślnie na wstrzykiwania Padutiny.

W przypadkach cukrzycy również i doustne podawanie Padutiny obniża stale i wyraźnie poziom cukru we krwi. W doświadczeniach na psach, którym usunięto trzustkę, Padutina zmniejszała w znacznym

stopniu zawartość cukru we krwi. Po pewnym jednak czasie działanie Padutiny wyczerpywało się. Dopiero naprzemienne stosowanie insuliny umożliwiło znowu oddziaływanie Padutiny na cukier we krwi. W spostrzeżeniach na ludziach (30 pacjentów) Padutina stale i niezawodnie obniżała poziom cukru we krwi. Czy i w jakim stopniu Padutina może wchodzić w rachubę dla leczenia cukrzycy, mogą rozstrzygnąć dopiero dalsze spostrzeżenia kliniczne.

Prof. dr. Frey, Tow. Lek. Düsseldorf.

Posiedzenie z dn. 9. VI. 1931 (Klin Wschr. 1931, Nr. 38).

Pyelografja zapomocą stosowania Abrodilu per rectum.

50 cm^3 40%-owego roztworu Abrodilu podane per rectum nie dają dostatecznie wyraźnego obrazu dróg moczowych, natomiast 30 g 60%-owego roztworu dało autorowi wyniki zupełnie zadawalające. Autor opisuje 4 chorych, u których po 45 — 60 min. otrzymywano najlepsze zdjęcia. Przytoczone fotografje rentgenowskie doskonale uwidoczniają drogi moczowe. Metoda stosowania Abrodilu per rectum jest bardzo cenną już choćby z tego względu, że w wielu przypadkach okazuje się ona jedyną możliwą drogą podania środka kontrastowego, jak to właśnie było w przypadkach autora. Przy uchwyceniu chwili maksymalnego wydzielania, zdjęcia kontrastowe pod żadnym względem nie ustępują najlepszym kliszom otrzymanym przy pyelografji dożylnej.

Dr. E. Tant.

(Brux. méd. 1932, Nr. 30).

Działanie naczyniowe follikuliny.

Wstrzykiwania follikuliny nie wywołują u chłopców przed okresem pokwitania ani u dorosłych żadnych uchwytnych zmian ciśnienia tętniczego. U dziewcząt przed pokwitaniem a również, i to w silniejszym stopniu — u kobiet stwierdza się wyraźne hipotensyjne działanie follikuliny. Obniżenie ciśnienia dochodziło do 52,5 mm Hg i trwało przeciętnie 1½ godziny. Młode kobiety bez jajników reagowały jedynie nieznacznemi wahaniami ku górze i ku dołowi. — Jeżeli u zdrowych kobiet porazić nerw błędny atropiną, wówczas działanie hipotensyjne follikuliny staje się znacznie słabsze. Doświadczenia na ludzkich sercach krótko po śmierci oraz na sercach psów wykazały, że w przeciwieństwie do naczyń obwodowych, naczynia wieńcowe kurczą się pod wpływem follikuliny bardzo mocno. Nadciśnienie występujące często podczas menopauzy, reaguje na follikulinę bardzo pomyślnie. 4 — 5 wstrzykiwań dokonywanych co trzeci dzień obniżało ciśnienie w znacznym stopniu i obniżenie to utrzymywało się przez cały czas obserwacji. W badaniach doświadczalnych najsilniej działały wstrzykiwania dożylne, nieco słabiej wstrzykiwania podskórne. Podawanie follikuliny do wewnątrz nie okazywało na ciśnienie prawie żadnego wpływu.

Dr. Crainicianu, Bukareszt.

(J. de Physiol. et de Pathol. gén. 1932, tom 30).

Agranulocytoza.

Sprawa dotyczy pacjentki z obrzmiałemi od pewnego czasu gruczołami chłonnemi. Ilość białych krwinek wynosiła 14000, w w tem 62% limfocytów. Lekarz zapisał chorej Spirocid, pod którego wpływem powiększone gruczoły zmiejszyły się. Po siedmiu tygodniach gorączka nagle podniosła się do 40^0. Stwierdzono wówczas leukopenję i bezwzględną agranulocytozę. *Haberfeld* zalecił Omnadinę. Po trzech wstrzyknięciach obraz krwi powrócił do normy i chora wyzdrowiała.

Również *Garratt* leczył 28-letnią kobietę dotkniętą typową agranulocytozą wstrzykiwaniami Omnadiny. Przez 8 dni chora otrzymywała dwa razy dziennie po 2 cm^3, następnie przez 4 dni wstrzykiwano już tylko raz dziennie. Po 10 dniach kurację powtórzono. Jednocześnie naświetlano chorą lampą kwarcową. Powiększenie ilości leukocytów pod wpływem wstrzykiwań Omnadiny występowało bardzo wyraźnie. Zarówno stan kliniczny jak i obraz krwi dowodziły zupełnego wyleczenia. Z innych sposobów leczenia agranulocytozy *Hartwich* (Erg. inn. Med. 1931, tom 41) zaleca wyciągi wątrobowe oraz przetaczanie krwi.

Dr. W. Haberfeld

(Bol. Soc. de Med. c Chirurg de Sao Paulo 1931, Nr. 7—9).
(Internat. Journ. of Med. and Surg. 1932).

W sprawie badań doświadczalnych nad wywołaniem „sarkomatów pomidorowych".

Askanazy i *Bellows* donieśli w Zschr. f. Krebsforsch. 1931, tom 34, że kilkakrotne wstrzykiwania soku pomidorowego do jamy brzusznej szczurów lub dodawanie tego soku do pożywienia szczurów, zawsze wywołuje u zwierząt doświadczalnych powstawanie sarkomatów. Pewne właściwości opisanych rozrostów tkankowych nasunęły jednak autorom przypuszczenie, że wytworzone guzy przedstawiały raczej ziarniniaki niż sarkomaty. Dla wyjaśnienia istoty sprawy autorzy powtórzyli doświadczenia i wprowadzali sok pomidorowy do jamy otrzewnowej i opłucnowej szczurów, myszy i świnek morskich. Powstałe rozsiane, czasami guzowate twory okazały się przy badaniu drobnowidowem istotnie ziarniniakami, wyraźnie różniącemi się zarówno biologicznie jak i morfologicznie od sarkomatów. U zwierząt, które pozostawiono przy życiu i które obserwowano w ciągu 6½ miesięcy, stwierdzono całkowite zniknięcie ziarniniaków.

Dr. Larionow, dr. Pawłowa i dr. Szabad. Państwowy Zakład Badania Raka w Leningradzie.

(Zschr. Krebsforsch. 1932, tom 37).

Leczenie zgorzeli kończyn Padutiną.

23. V. 1932 zgłosiła się do mnie pani S., która już od dłuższego czasu, z powodu nadciśnienia, była pod moją opieką lekarską, ze skargami na bardzo silne bóle w lewej nodze.

Badanie przedmiotowe wykazało co następuje: ciemno-sine zabarwienie małego palca u nogi i lewej podeszwy, cała stopa zimna i wielce wrażliwa na każde dotknięcie. Tętno w Arteria dorsalis pedis ledwo wyczuwalne. W moczu obecności cukru nie stwierdzono, poziom cukru we krwi prawidłowy.

Rozpoznałem początek zgorzeli na podłożu miażdżycowem u osoby z nadciśnieniem tętniczem i rozpocząłem natychmiast domięśniowe wstrzykiwanie Padutiny w dawce po 2 ampułki dziennie. Już na piąty dzień (czyli po 10 ampułkach) lewa stopa stała się wyraźnie cieplejsza. Poprawa była zarówno podmiotowa jak i przedmiotowa: chora mogła już stanąć na chorej kończynie, sinica zaczęła powoli ustępować. W szóstym dniu stwierdzono po raz pierwszy obecność cukru w moczu. Zastosowano odpowiednią dietę dla zwiększenia tolerancji (bez insuliny). Na czwarty dzień cukier ustąpił. Gdy pod wpływem pierwszych wstrzykiwań natężenie dolegliwości ogólnych i miejscowych znacznie się zmniejszyło, zmniejszyłem dawkę stosowanej Padutiny i wstrzykiwałem już tylko jedną ampułkę co drugi dzień. Ogółem dokonałem 30 wstrzykiwań. Po 18-em wstrzyknięciu zmieniona zgorzelinowo skóra małego palca samoistnie się oddzieliła. Po upływie jeszcze dwóch dni poprawa, zarówno miejscowa jak i ogólna, była tak znaczna, że pacjentka, nie odczuwając żadnych dolegliwości, uważała się za zupełnie zdrową. Ciśnienie krwi wynosiło przed kuracją 210 mm Hg, po kuracji obniżyło się do 180. Padutina okazała ponadto znakomity wpływ na samopoczucie chorej.

Dr. H. Kostakow, Klinika Wewnętrzna w Bonn.

Leczenie zaparcia u dzieci.

Przy zaparciu u dzieci stwierdza się częstokroć współistnienie skurczu odbytnicy. Skurcz ten można z powodzeniem przezwyciężyć, zakładając do kiszki czopki z Anaesthesiny (0,2 g). Przeciwko pęknięciom i nadżerkom *Lehnerdt* stosuje protargolową maść dla leczenia ran. Dla pobudzenia wypróżnień stosuje się czasowo oprócz innych środków czyszczących również i Istizinę, która cechuje się działaniem pobudzającem wyłącznie kiszkę grubą.

Prof. dr. Lehnerdt, Halle n. S.

(Kinderärztl. Prax. 1932, z. 4).

Leczenie parkinsonizmu błękitem trypanowym.

Laignel - Lavastine i Sterne zastosowali u 15 chorych dotkniętych objawami parkinsonizmu leczenie błękitem trypanowym. Leczenie to składało się z 2 wstrzykiwań po 1 cm³ 1%-owego roztworu i z 3 — 4 wstrzy-

kiwań po 2 cm^3; następnie po przerwie dokonywano jeszcze 2 wstrzykiwań w ciągu 3 — 4 dni. Dożylne wstrzykiwania powodowały nieznaczne rozszerzenie naczyń, łagodne przyspieszenie tętna i niewielkie obniżenie ciśnienia. Po kilku minutach chorzy powracali do swego zwykłego stanu i odzyskiwali dobre samopoczucie. Chorzy, u których choroba trwała już bardzo długi czas, reagowali lepiej niż młodociani. Stosunkowo największy wpływ leczniczy okazywał błękit trypanowy na sztywność ruchów; drżenie przeważnie utrzymywało się uporczywie, lecz w kilku przypadkach również i ono się zmniejszyło, albo też można było zaniechać stosowania skopolaminy. Również i zaburzenia psychiczne stawały się nieco łagodniejsze.

Dr. Laignel-Lavastine i dr. Jean Sterne.
(Bull. et mém. Soc. méd. hôp. de Paris, 1931).

Wymioty miesiączkowe.

Albrecht zaleca przeciwko wymiotom miesiączkowym Luminal, atropinę, belladonę, papawerynę lub Padutinę. Obraz chorobowy wymiotów miesiączkowych jest zbliżony do obrazu klinicznego niepowściągliwych wymiotów u ciężarnych. Wymioty miesiączkowe i Hyperemesis gravidarum powstają, prawdopodobnie, na tem samem podłożu.

Prof. dr. Albrecht, Monachjum.
(Münch. med. Wschr. 1931, Nr. 34).

Stosowanie Avertiny w chorobach wątroby.

Ashworth opisuje 3 przypadki uśpienia zapomocą Avertiny chorych ze znacznemi zaburzeniami czynności wątroby. W przypadku ciężkiego nawracającego zapalenia woreczka żółciowego z żółtaczką, bardzo przyspieszonem tętnem i ciężkim stanem ogólnym dokonano cholecystektomji w uśpieniu, do którego zastosowano 0,1 g Avertiny na kg wagi oraz inhalacje $N_2O + O_2$. Zwiotczenie mięśni było dobre. Podczas zabiegu stwierdzono wyraźne objawy marskości wątroby. Poza lekkiemi wymiotami wieczorem w dniu operacji przebieg pooperacyjny był zupełnie gładki. W drugim bardzo podobnym przypadku dokonano jeszcze choledochotomji i sączkowania. Oprócz 0,1 g Avertiny na kg i N_2O trzeba było w tym przypadku dodać jeszcze dość dużo eteru, a podczas szwu otrzewnej nieco chloroformu. W ciągu pierwszych 48 godzin chory często wymiotował. Przebieg pooperacyjny był powolny, lecz bez zaburzeń. Laparotomja próbna u trzeciej chorej wykazała obecność nienadającego się do operacji raka z przerzutami do wątroby. Również i w tym przypadku zastosowanie Avertiny (0,1 na kg) + N_2O i niewielkiej ilości eteru nie wywołało żadnych niepożądanych objawów ubocznych. Autor przyłącza się do poglądu *Bourne'a, Brugera i Dreyera,* że Avertina mniej uszkadza wątrobę niż chloroform i eter i że uśpienie zapomocą Avertiny + N_2O z ew. dodatkiem niewielkiej ilości eteru przedstawia w przypadkach operacji na pęcherzyku żółciowym najodpowiedniejszy sposób narkozy i to nawet w przypadkach istniejących zaburzeń czynności wątroby.

Dr. Ashworth, Manchester.
(Brit. med. Journ. 1932, Nr. 3728).

Zapobieganie objawom fotodynamicznym zapomocą Salvarsanu.

Jeżeli myszom zastrzyknąć barwnik erytrozynę i następnie naświetlać je, wówczas zwierzęta giną. Jeżeli zaś uprzednio wstrzyknąć tym myszom Neosalvarsan (1 mg), to zwierzęta pozostają przy życiu. Działanie ochronne Salvarsanu w ostrych doświadcze-

niach było tak silne, jak tego w dotychczasowych spostrzeżeniach w dziedzinie objawów fotodynamicznych jeszcze nigdy nie obserwowano. Jako środek chroniący przed światłem działa Salvarsan nawet silniej niż rezorcyna. Autor uważa za wskazane przeprowadzić dalsze badania, czy i w jakim stopniu możnaby było wykorzystać w praktyce własności ochronne Neosalvarsanu w chorobach związanych z uczuleniem na światło.

St. Rothman, Budapeszt.
(Klin. Wschr. 1931, Nr. 33).

Leczenie tężca Novocainą.

Dla leczenia tężca *Mandl* zaleca oprócz stosowania surowicy wstrzykiwania roztworu Novocainy. Novocaina zmniejsza napięcie mięśni i uśmierza w ten sposób bóle. Od donerwowych wstrzykiwań surowicy nie należy spodziewać się zbyt wiele, gdyż antytoksyna przeciwtężcowa nie posiada powinowactwa do układu nerwowego.

Dr. F. Mandl,
Klinika Chirurgiczna Uniwersytetu w Wiedniu.
(Zbl. chir. 1932, Nr. 13).

W sprawie leczenia ropnia podpośladkowego.

Autor opisuje historję choroby pacjentki, u której jeszcze w 6 tygodni po gorączce połogowej ciepłota dochodziła do 38°. Przyczyną podniesionej ciepłoty był bardzo bolesny ropień podpośladkowy. Zamiast głębokiego nacięcia *Sienicki* aspirował ropę zapomocą nakłucia, poczem dokonywał kilkakrotnie przepłókiwań 1‰-ym roztworem Rivanolu. Chora bez dalszych zabiegów powróciła zupełnie do zdrowia.

Dr. F. Sienicki, Czyżew.
(Münch. med. Wschr. 1932, Nr. 14).

O leczeniu niedokrwistości złośliwej.

W roku 1928 rozpoznano u mnie niedokrwistość złośliwą; zawartość hemoglobiny wynosiła 35%. Przed rozpoczęciem leczenia wstrzykiwaniami Campolonu poziom hemoglobiny wynosił 74%, a pod wpływem Campolonu podniósł się do 98%.

Myeloza funikularna wprawdzie niezupełnie ustąpiła, lecz objawy jej wybitnie złagodniały; znaczną poprawę stwierdziłem zwłaszcza w ruchach rąk i nóg. Pozostały jeszcze bardzo niewielkie zaburzenia czucia, jednak niepewność ruchów kończyn zmniejszyła się znacznie. Mogę się znowu opierać na rękach, również i chód jest o wiele pewniejszy. Zawroty głowy występują bardzo rzadko. Sen i apetyt są w stosunku do mego wieku (prawie 74 lata) zadowalające, a waga — 76 kg — zupełnie dostateczną. Zawartość hemoglobiny wynosiła przez pewien czas po zaprzestaniu wstrzykiwań 98%.

Zastrzyki Campolonu powodują jedynie nieznaczne i krótkotrwałe uczucie napięcia pod koniec wstrzykiwania, a pozatem są zupełnie niebolesne.

Dr. Wanke, Belgrad nad Prośnicą.

Leczenie rzeżączki Trypaflaviną.

Cristofovici leczy wszystkie postacie rzeżączki Trypaflaviną. Wstrzykuje on co drugi dzień 2%-owy roztwór Trypaflaviny dożylnie oraz przepłókuje cewkę roztworem Trypaflaviny 1 : 4000. U 115 chorych ze świeżą rzeżączką przedniej części cewki osiągnięto wyleczenie w czasie 6—45 dni. Z pośród zaś 223 chorych z rzeżączką tylnej części cewki udało się osiągnąć zupełne wyleczenie tylko u 173; czas leczenia wahał się od 35 do 50 dni. U 296 chorych z rzeżączką przewlekłą z powikłaniami lub bez powikłań leczenie trwało 1 do 2 miesięcy. W przypadkach przewlekłych wyniki kuracji były bardzo rozmaite, wahały się od znacznej poprawy do zupełnego nieoddziaływania na leczenie.

Dr. S. Cristofovici.
(Spital 1931, Nr. 51).

Przyczynek do poznania gorączki pokarmowej.

Istota działania Pyramidonu przy gorączce białkowej.

Preparat białkowy Plazmon wywołuje czasem u dzieci gorączkę. Okazuje się, że Pyramidon jest w stanie obniżyć to podniesienie temperatury, przyczem jednocześnie

stwierdza się znaczne zatrzymanie wody. *Finkelstein* i *Neumann* są zdania, że spadek gorączki pod wpływem Pyramidonu odbywa się nie drogą zadziałania na ośrodek ciepłoty, lecz na ośrodek regulacji wody. Z chwilą, gdy zatrzymanie wody przez Pyramidon osiągnie dostateczny dla wyrównania wyschnięcia stopień, wytwarzanie gorączko-twórczych związków ustaje i gorączka opada. Obniżenie ciepłoty stwierdza się tylko wtedy, gdy nastąpiło zatrzymanie wody, odpowiadające poprzedniej utracie płynu. Gorączka białkowa nie jest, jak wiadomo, niczem innem, jak jednym z pierwszych objawów wysychania. *Finkelstein* i *Neumann* uważają, że oddziaływanie Pyramidonu na gospodarkę wodną dochodzi do skutku na drodze poprzez ośrodki nerwowe.

Prof. dr. H. Finkelstein i R. Neumann,
Miejski szpital dla dzieci w Berlinie.
(Zeitschr. f. Kinderheilkunde 1931, tom 51).

O stosowaniu Omnadiny w położnictwie i w ginekologji.

Już od kilku lat stosujemy w naszym zakładzie nieswoistą szczepionkę Omnadin i osiągamy przy jej pomocy znakomite wyniki lecznicze. Na szczególną uwagę zasługuje zwłaszcza skuteczność Omnadiny, stosowanej zapobiegawczo przy operacyjnych zabiegach położniczych, jak kleszcze, obroty i odklejanie łożyska. Wczesne zapobiegawcze wstrzyknięcie Omnadiny pobudza istniejące w ustroju siły obronne i wzmaga je do tego stopnia, że podniesienia gorączki są bardzo małe, albo nawet w większości przypadków nie występują wcale.

Również i w przypadkach poronień gorączkowych i podczas połogu Omnadina okazuje nam cenne usługi lecznicze. Omnadinę wstrzykuje się domięśniowo w dawce 2 cm³, przyczem w razie potrzeby wstrzyknięcie można na drugi dzień powtórzyć. Zwykle stwierdza się pod wpływem Omnadiny szybki spadek gorączki, poprawę tętna i stanu ogólnego. Miejscowa tolerancja wstrzyknięcia jest zawsze doskonała. Brak odczynu gorączkowego zależy od swoistego składu Omnadiny (lipoidy, tłuszcze, białko).

Na podstawie naszego dużego doświadczenia i pomyślnych osiąganych wyników, uważamy się za upoważnionych do gorącego zalecania stosowania Omnadiny w praktyce położniczej i ginekologicznej.

Dr. Hilda Neumann - Oliver.

Pantocain.

Przy stosowaniu $^1/_2{}^0/_{00}$-owego roztworu miejscowe znieczulenie Pantocainą występuje stosunkowo powoli. Z tego powodu *Schmidt* radzi nie stosować roztworów poniżej $1^0/_{00}$. Dla znieczulenia przewodnictwa autor korzysta z 2 — $3^0/_{00}$-owych roztworów, do których dodaje 16 kropel $1^0/_{00}$ roztworu Suprareniny na 50 cm³.

Na 285 znieczuleń lędźwiowych dokonano 25 zapomocą wodnego 1%-owego roztworu Pantocainy, jednak znieczulenie nie we wszystkich przypadkach było bez zarzutu. Roztwór wodny, jako bardzo lekki, należy wstrzykiwać tylko w położeniu na boku, a nigdy w pozycji siedzącej. Również i wysokie ułożenie górnej części ciała nie jest wskazane, a jedynie umiarkowane uniesienie miednicy.

Stosowanie 0,8%-owego roztworu Pantocainy dla znieczulenia lędźwiowego przebiegało bez żadnych powikłań. Dla celów zapobiegawczych podawano stale Ephedrinę. Czas trwania znieczulenia lędźwiowego wynosił $4^1/_2$ godziny. Objawy uboczne jak wymioty lub bóle głowy występowały rzadziej niż przy Novocainie. W dentystyce oraz

dla znieczulenia przewodnictwa stosuje się roztwór 2°/₀₀-owy. Dodatek adrenaliny niezawsze jest potrzebny, można ew. zastąpić ją Ephedriną. Dla powierzchownego znieczulenia błon śluzowych stosuje się roztwory 0,5 — 2%-owe. Również i przy znieczuleniu powierzchownem można dodatek Suprareniny zastąpić Ephedriną lub Tonephiną. Dla znieczulania ran wchodzą w rachubę 1/4 — 1/2°/₀₀-owe roztwory lub 1%-owa maść. Kliniki w Eppendorf wypróbowały dotychczas Pantocainę w 2476 przypadkach znieczuleń miejscowych, 505 znieczuleń lędźwiowych i 9000 znieczuleń błon śluzowych. *Dr. H. Schmidt.*

Klinika chirurgiczna Hamburg - Eppendorf.

(Schmerz, Narkose und Anästhesie 1932/32, z. 9/10).

Diureza rtęciowa.

Zakwaszenie wzmaga diurezę rtęciową (po Salyrganie). Zasady zmniejszają diurezę salyrganową. Do Salyrganu ustrój się nie przyzwyczaja. Jeżeli działanie Salyrganu zawodzi, to nie zależy to nigdy od przyzwyczajenia, lecz od pogorszenia czynności serca, wątroby i nerek. Jeżeli czynność tych narządów jest zachowana, to Salyrgan zawsze wywołuje obfitą diurezę.

Dr. K. Engel i dr. Tibor Epstein, Budapeszt.

(Ergebn. der inn. Med. und Kinderheilk. 1931, tom 40).

Nowoczesna narkoza.

Chorzy w dobrym stanie ogólnym i z niezbyt niskiem ciśnieniem tętniczem otrzymują na 3 godziny przed operacją (uśpienie gazem rozweselającym lub znieczulenie lędźwiowe) 1,0 g Luminalu doustnie; w poszczególnych przypadkach podawano Luminal w większej ilości mniejszych dawek. Jeżeli stosowanie wewnętrzne okazuje się niemożliwe, autorzy podają Luminal w czopkach.

Spostrzeżenia autorów dotyczą 190 przypadków. Podawanie Luminalu wywołuje sen trwający 24 — 36 godzin, który w pomyślny sposób zapoczątkowuje narkozę. Przy silnych bólach pooperacyjnych stosuje się morfinę lub częste dawki Pyramidonu. Przy leczeniu złamań kości Luminal wywołuje bardzo pożądane zwiotczenie mięśni, które można jeszcze bardziej spotęgować zapomocą Novocainy.

Dr. Bartlett i dr. Bartlett jr., St. Louis.

(J. of. the Missouri State Med. Ass. 1931, tom 28, Nr. 2).

Według *Dabvi'ego* przeciętnie najwyższa pojedyńcza dawka Luminalu wynosi 0,4 g, najwyższa dawka dobowa 0,8 g.

KURSY I ZJAZDY.

3 — 8 czerwca 1933 r. organizuje Stowarzyszenie Lekarzy Spiskich w miejscowościach Wysokich Tatr (Czechosłowacja) kurs dokształcający dla lekarzy, z językiem wykładowym niemieckim, przy współudziale niemieckich, węgierskich, polskich, austrjackich i czechosłowackich profesorów. Informacyj udziela: Spolok Spiskych Lekarow, Keżmarok, Czechosłowacja.

16 — 22 kwietnia 1933 r. Międzynarodowy Zjazd okulistów w Madrycie.

Redaktor
Mr. Tadeusz Haładewicz

Wydawca:
Dom Agenturowy „REMEDIA"
Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrzynka pocztowa Nr. 748
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w drukarni „Wzorowej", Warszawa, ul. Długa Nr. 20.